

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu



PREVALENCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

U ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH OSOB (OZP)

Prevalence of substance abuse for disabled

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

Prof. Ing. Václav Bunc, CSc.

Zpracovala:

Bc. Lenka Marie Šperlová

ABSTRAKT:

Název práce: Prevalence návykových látek u zdravotně postižených osob (OZP)

Cíle práce: Hlavním cílem práce je určení prevalenčních odhadů užívání návykových látek v populaci zdravotně postižených osob na základě dotazníkového šetření.

Metoda: Literární rešerše shrnula dosavadní základní teoretické poznatky, jako je klasifikace a terminologie drogové problematiky. Anonymní dotazníkového šetření provedené v digitální podobě bylo distribuováno webovým prostorem (on-line), pomocí emailů s průvodním dopisem. Vyhledávání subpopulace OZP, bylo za pomoci upřesňující definice, která objasňovala statut OZP a také za pomoci metody Snowball Sampling. Primární data byly elektronicky a statisticky zpracovány.

Výsledky: Pro prevalenční odhady u subpopulace zdravotně postižených osob se podařilo získat dostatečně velký reprezentativní soubor, konkrétně 524 respondentů. Odhady byly provedeny na základě výsledků dotazníkového šetření a verifikovány v hypotézách. Šetření potvrdila pozorované trendy běžné populace, že nejčastěji užívanými nelegálními návykovými látkami jsou konopné látky a extáze, jsou i u souboru OZP. Stejně tak i užívání alkoholu a tabáku, které je u souboru značně zastoupeno. Postoje OZP ke sledovanému problému jsou vcelku benevolentní. Jedná se tak o současný náhled na dané téma, a to v domácím, evropském a rovněž globálním kontextu. Pro další výzkumy bychom jistě doporučili delší sledované období s větší subvencí (podporou).

Klíčová slova: zdravotně postižené osoby, OZP, prevalence, návykové látky, drogy, závislost, drogová problematika, dotazníková metoda.

ABSTRACT:

Subject matter: Prevalence of substance abuse for disabled (OZP)

Goals: This thesis aims to assess an prevalence estimation of using addictive substances in population of disabled individuals by means of questionnaire survey.

Method: Existing literature summarized up to date and essential teoretical knowledge such as addictive substances classification and terminology of drug abuse. An anonymous survey in form of electronical questionnaire was disributed to the public via internet (on-line) through E-mails along with accompanying letter. Retrieving of OZP sub-popolution was carried out with the help of definition explaining the OZP status, besides the Snowball Sampling method was used as well. Afterwards all input information was processed electronically by means of statistical methods.

Results: As for prelance estimation in sub-population of disabled humans, an sufficient and representative enough sample was collected from 524 respondents. Estimations was carried out on the basis of survey and consequently verified in hypotheses. Judging by the results ordinary trends watched in common popullation was confirmed. The most frequently abused addictive substances in OZP sub-popullation are Cannabis sativa and ecstasy. The use of alcohol and tabac is in this group preffered as well. According to a feedback from respondents their attitude to the matter of survey is quite indulgent. This thesis gives the latest overview relating to given subject matter in inland, European and global context respectively. To carry out future research on this subject we would recommend prolonged period of survey and probably greater promotion.

Keywords: disabled people, OZP, prevalence, addictive sustances, drugs, addiction, drug issue, questionare method

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat panu Prof. Ing. Václavu Buncovi, CSc. za odborné vedení mé práce, za praktické rady, cenné připomínky a za nezištnou pomoc při zpracování této práce.

Dále děkuji Mgr. Kateřině Škařupové z Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády ČR za pomoc s výběrem nástrojů a konkrétních dotazníků k našemu šetření.

Ráda bych také poděkovala Ing. Janovi Vrbatovi Ph.D. za digitalizaci a trpělivé úpravy dotazníkového šetření, on-line umístění, včetně pomoci se statistickým vyhodnocením výsledků.

Samozřejmě děkuji všem respondentům, kteří vyplnili můj dotazník. V neposlední řadě děkuji svému nejbližšímu okolí za podporu při psaní této práce a především během celého studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Praze 29. srpna 2009

.....

LenkaMarie Šperlová

Svoluji k zapůjčení své diplomové práce ke studijním účelům. Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatелů, kteří musí pramen převzaté literatury řádně citovat.

| Jméno a příjmení | Číslo OP | Dat. vypůjčení | Poznámka |
|------------------|----------|----------------|----------|
| | | | |

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|------------------|--|
| AIDS | - Acquired Immune Deficiency Syndrome |
| CNS | - centrální nervový systém |
| ČSSZ | - Česká zpráva sociálního zabezpečení |
| ČSÚ | - Český statistický úřad |
| DN | - dopravní nehody |
| EMCDDA | - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction |
| ESPAD | - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs |
| EU | - Evropská unie |
| HIV | - Human Immuno-Deficiency Virus |
| HR | - Harm reduction |
| JNL | - jiná návyková látka |
| MD | - mateřská dovolená |
| MDMA | - 3,4-Methylenedioxyamphetamine (extáze) |
| MKN | - Mezinárodní klasifikace nemocí |
| NMS - NMSDDZ | - Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti |
| MPSV | - Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR |
| MŠMT | - Ministerstvo školství a mládeže ČR |
| NUTS2 | - vymezení územních jednotek v ČR pro potřeby statistické a analytické |
| MZ | - Ministerstvo zdravotnictví ČR |
| N ₂ O | - humánní anestetikum |
| OL | - omamné látky |
| OPL | - omamné a psychotropní látky |
| OZP | - osoba zdravotně postižená |
| PCP | - Phenocyklidin („andělský prach“) |
| RVKPP | - Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky |
| SVE | - středovýchodní Evropa |
| THC | - delta -9-trans-tetrahydrocannabinol |
| UIV | - Ústav pro informace ve vzdělání |
| UNODC | - Úřad OSN pro drogy a kriminalitu |
| ÚZIS | - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR |
| WHO | - Světová zdravotnická organizace |
| ZP | - zdravotní(ě) postižení(ý) |

OBSAH

| | |
|--|----|
| SEZNAM ZKRATEK | 7 |
| I. ÚVOD | 10 |
| II. TEORETICKÁ ČÁST | 16 |
| 1 Vymezení základních pojmů drogové problematiky | 16 |
| 1.1 Slovník vybraných pojmů drogové terminologie | 18 |
| 2 Fenomén závislosti | 19 |
| 2.1 Faktory vzniku a rozvoje drogové závislosti | 21 |
| 2.2 Účin psychoaktivních drog na organismus | 22 |
| 3 Klasifikace drog | 24 |
| 3.1 Dělení drog dle schopnosti vyvolávat závislost a toleranci | 24 |
| 3.2 Dělení drog podle typu závislosti dle WHO | 25 |
| 3.3 Dělení drog v epidemiologii | 25 |
| 4 Přehled nejčastěji užívaných návykových látek | 28 |
| 4.1 Alkohol | 28 |
| 4.2 Farmaka s psychotropním účinkem | 32 |
| 4.3 Halucinogeny | 36 |
| 4.4 Konopné drogy | 39 |
| 4.5 Opiáty | 42 |
| 4.6 Stimulační drogy | 46 |
| 4.7 Taneční drogy | 51 |
| 4.8 Tabák | 53 |
| 4.9 Těkavé látky | 56 |
| 4.10 Ostatní drogy | 59 |
| 5 Shrnutí | 60 |
| III. CÍLE, HYPOTÉZY A ÚKOLY | 62 |
| IV. EMPIRICKÁ ČÁST | 64 |
| 6 Metodika | 64 |
| 6.1 Charakteristika výzkumného vzorku | 64 |
| 6.2 Dotazník | 67 |
| 6.2.1 Charakteristika dotazníku 1 | 68 |
| 6.2.2 Charakteristika dotazníku 2 | 69 |
| 6.3 Pilotní výzkum | 70 |
| 6.4 Omezení výzkumu a doporučení pro budoucí výzkum | 71 |
| 7 Výsledky dotazníkového šetření Dotazníku 1 | 73 |
| 7.1 Zastoupení jednotlivých pohlaví ve vyšetřovaném vzorku | 74 |
| 7.2 Rok narození | 74 |
| 7.3 Okres bydliště souboru | 74 |
| 7.4 Rodinný stav | 76 |
| 7.5 Nejvyšší dosažené vzdělání | 77 |
| 7.6 Zastoupení jednotlivých zdravotních postižení, jejich míra a potřeba pomůcky | 78 |
| 7.7 Bydlení a ekonomická aktivita | 79 |
| 8 Výsledky dotazníkového šetření Dotazníku 2 | 81 |
| 8.1 Tabák | 81 |
| 8.2 Alkohol | 82 |
| 8.3 Léky | 83 |

| | | |
|------|---|-----|
| 9 | Ostatní návykové látky z dotazníku 2 | 86 |
| 9.1 | Cannabis (marihuana nebo hašiš)..... | 87 |
| 9.2 | Extáze | 89 |
| 9.3 | Amfetaminy | 90 |
| 9.4 | Kokain | 91 |
| 9.5 | Heroin | 91 |
| 9.6 | Relevin..... | 91 |
| 9.7 | LSD | 92 |
| 9.8 | Názory respondentů na užívání drog..... | 92 |
| V. | VÝSLEDKY A DISKUSE | 97 |
| 10 | Ověření hypotéz..... | 99 |
| 10.1 | Hypotéza H1: Častějšími uživateli tabáku jsou muži. | 99 |
| 10.2 | Hypotéza H2: Příležitostnými konzumenty alkoholu jsou více ženy než muži. | 99 |
| 10.3 | Hypotéza H3: Ženy převyšují muže v užívání tlumivých léků (sedativa a tišící prostředky) non lege-artis (bez lékařského předpisu)..... | 100 |
| 10.4 | Hypotéza H4: Užívání kanabinoidů je u souboru OZP nižší než u běžné populace v ČR a Evropě. | 101 |
| 10.5 | Hypotéza H5: U mužů se vyskytuje vyšší prevalence užití konopných látek za poslední rok a to jak u souboru OZP, tak běžné dospělé populace v ČR..... | 103 |
| 10.6 | Hypotéza H6: Prevalence užívání „těžkých“ drog, jako je např. extáze za posledních 12 měsíců i za posledních 30 dní je u souboru OZP nižší než u běžné populace v ČR a Evropě. | 104 |
| 10.7 | Hypotéza H7: Většina respondentů souhlasí s výrokem: „Lidem by mělo být dovoleno užívat hašiš nebo marihuanu.“ | 105 |
| 10.8 | Hypotéza H8: Ženy mají zodpovědnější postoje ke zneužívání psychotropních látek než muži. | 106 |
| VI. | ZÁVĚR..... | 109 |
| | SZNAM LITERATURY | 112 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 116 |
| | SEZNAM GRAFŮ | 117 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 118 |

I. ÚVOD

Drogy, jako globální problém...

Pojem „globální“ slovníky vykládají jako souhrnný, celkový, celosvětový. V tomto ohledu můžeme opravdu hovořit, že zneužívání drog je problémem celosvětovým. Po prostudování historie šíření a zneužívání drog pak lépe chápeme, proč tuto problematiku nazýváme právě pojmem globálním. Alarmující čísla osob drogově závislých vypovídají o velikosti tohoto problému.

„Globální problém“ má tyto charakteristiky:

- ovlivňuje prakticky všechny země světa;
- každá země v něm má svou úlohu (země producentské, transitní a spotřebitelské)¹;
- takřka nikdo nezůstává stranou (každá rodina, každý jednotlivec přichází s problémem drog do styku);
- globální problém nelze řešit na jednom místě a jedním přístupem, vyžaduje mezioborovou, meziresortní, mezisektorovou a mezinárodní spolupráci (Kalina, 2003).

Kalina (2003) rozlišuje 3 zásadní období: první období se datuje do r. 1960, kdy se drogy považovaly spíše za odborný problém, kterým se zabývala úzká skupina kvalifikovaných vědců. Druhé období spadá do let 1960 – 1990. V těchto letech se drogy stávají zejména ve vyspělých zemích problémem společenským, který se dotýká mnoha sociálních vrstev, skupin a různých profesí. Teprve až ve třetím období od r. 1990 se problém drog charakterizuje jako problém globální.

Užívání drog v celosvětovém měřítku neustále stoupalo, zatímco klesal věk závislých. Zatímco v roce 1962 podle amerických výzkumů měly méně než 4 % populace zkušenost s drogou, v roce 1980 to bylo již 57 % lidí (Nováková, 1995).

V 90. letech zneužívání návykových látek dosáhlo v globálním měřítku nevídaných rozměrů a zasáhlo prakticky všechny země světa (Nožina, 1997; Kalina, 2003).

¹ Od poloviny 90.let se ČR stala v tomto globálním smyslu z tranzitní země zemí spotřebitelskou, když tranzit pochopitelně přes naše území stále probíhá. (Kalina, 2003)

V souvislosti se zneužíváním drog dochází k nárůstu zločinnosti, dopravní nehodovosti, zhoršuje se fyzické a duševní zdraví populace, její schopnost reprodukce a rozvoje. Odhady OSN hovoří o 100 milionech lidí závislých na drogách (Nožina, 1997).

Světová zpráva o drogách 2008 vypovídá, že situace na poli drogové problematiky 21. století je během posledních čtyř let víceméně stabilní. Méně než jeden člověk z 20 ve věku 15 – 64 let zkusil za posledních 12 měsíců aspoň jednu drogy. Problémoví uživatelé drog – lidé se silnou drogovou závislostí - tvoří z tohoto nízkého počtu lidí méně než jednu desetinu. Takových lidí je 26 milionů, to je přibližně 0,6 % populace světa.

Nejoblíbenější ilegální drogou je konopí (užilo 3,9 % světové populace; roční prevalence², následováno stimulanty amfetaminového typu (užilo 0,6 % světové populace; roční prevalence) (UNODC, 2008).

Kontrola drog, dle UNODC dosáhla několika důležitých výsledků: heroin, kokain a syntetické drogy mají ničivé účinky na jednotlivce, jejich dopad na celkové zdraví veřejnosti, ale není tak závažný jako u tabáku a alkoholu. Tabák každoročně na světě zabíjí na pět milionů lidí, alkohol přibližně 2,5 milionu, ilegální drogy kolem 200 tisíc osob. Výkonný ředitel Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) Antonio Maria Costa, dále upozorňuje, že stabilita trhů s drogami, jíž bylo za poslední roky dosaženo, je v ohrožení. Prudký vzestup pěstování opia a koky a riziko vyššího užívání drog v rozvojových zemích může ohrozit pokrok v oblasti kontroly drog, kterého bylo v posledních letech dosaženo (NMSDDZ, 2009; UNODC, 2008).

Drogová problematika v Evropě

Ještě před deseti lety byla schopnost Evropy monitorovat na svém území drogovou problematiku výrazně omezená. V přístupu k tomuto tématu panovaly mezi jednotlivými státy značné rozdíly a na evropské úrovni nebyl k dispozici dostatek spolehlivých a srovnatelných informací o drogách, drogové závislosti ani jejich dopadech. Jinými slovy, nebylo možné s jistotou hovořit o způsobech užívání drog v EU

² Prevalence - převládání, převaha, obecné rozšíření; demografický ukazatel, poměr počtu nemocných k počtu obyvatel (Slovník cizích slov, 2009).

a souvisejících trendech. Aby se tato situace změnila, bylo v roce 1993 zřízeno Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA). Hlavní činností EMCDDA je zlepšování srovnatelnosti informací o drogách v EU. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost proto koordinuje síť 30 národních monitorovacích středisek, na jejichž informace spoléhá při shromažďování a analýze údajů podle jednotných standardů a nástrojů pro sběr dat (síť Reitox). Výsledky monitorování situace na národní úrovni jsou předávány do Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost, které je zveřejňuje ve *Výroční zprávě o stavu drogové problematiky v Evropě*. Zpráva EMCDDA je založena na starších datech poskytnutých státy EU a dalšími státy. Spíše než nové informace tak nabízí srovnání a trendy. (NMSDDZ, 2007d; EMCDDA, 2008a)

EMCDDA také pravidelně zveřejňuje studie specificky zaměřené na určité fenomény drogové problematiky, kterými jsou např. doprava heroinu do Evropy, zásobování Evropy kokainem, substance užívané starší populací nebo rozdíly v užívání drog mezi muži a ženami (NMSDDZ, 2007b; EMCDDA, 2008a).

Důležitou roli v evropské epidemiologii taktéž hraje projekt ESPAD, který je zaměřen na užívání alkoholu a jiných návykových látek, tedy tabáku a nelegálních drog, mezi mládeží ve věku 15 - 16 let (NMSDDZ, 2007d; Csémy a kol., 2008).

Evropa ve světových statistikách drží prvenství ve spotřebě alkoholu. Anderson a Baumberg (2006) ještě dodávají, že alkohol je silně zakotven v kulturách většiny evropských zemí. Pomyslný žebříček užívání drog v Evropě vypadá následovně: nelegální drogou číslo 1 je konopí (celoživotní prevalence: 22 % dospělých ve věku 15 - 64 let) (viz Příloha 1). Na 2. místě se umístila skupina stimulancií (kokain 3,6 %, amfetaminy 3,3 %, extáze 2,8 %; celoživotní prevalence u dospělých) (viz přílohy 2 a 3), následována opiáty jakožto skupinou s nejvyšším počtem problémových uživatelů. I přes značně rozdílné vzorce užívání drog v jednotlivých zemích lze konstatovat, že celkové užívání konopí se stabilizovalo, zatímco užívání kokainu mírně roste.

Užívání kokainu v Evropě dál roste. Situace kolem heroinu se nelepší. U extáze a amfetaminů ale jejich užívání začíná stagnovat či klesat. Nejrozšířenější nezákonnou drogou je stále konopí, které vyzkoušela téměř čtvrtina Evropanů ve věku 15 až 64 let.

Celkový trend užívání drog v Evropě se však stabilizuje a lze zaznamenat i pokrok ve způsobu, jakým členské státy EU tento problém řeší (EMCDDA, 2008a).

Kolem 12 milionů Evropanů ve věku 15 až 64 let někdy v životě vyzkoušelo kokain. Asi 11 milionů si alespoň jednou vzalo amfetaminy a 9,5 milionu extázi. Konopí někdy vyzkoušela zhruba čtvrtina Evropanů ze zmiňované věkové skupiny, přičemž kolem sedmi procent Evropanů (23 milionů) tak učinilo v posledních 12 měsících. *"Odhaduje se, že zhruba čtyři miliony evropských dospělých (15 až 64 let) užívají konopí denně nebo téměř denně,"* uvedla agentura EMCDDA v roce 2008 ve zprávě.

Drogová problematika v České republice

Od roku 1989 země středovýchodní Evropy (SVE) procházejí procesem hlubokých hospodářských politických a sociálních změn, které jsou doprovázeny celou řadou problémů – růstem nezaměstnanosti, kriminality, poklesem životní úrovně, sociálním napětím. Přejít od socialistického k tržnímu hospodářství a otevření se globální ekonomice v SVE vytváří nové možnosti a příležitosti pro aktivity organizovaného zločinu a nezákonný obchod s drogami. Politická liberalizace a uvolnění společenské kontroly podněcuje mládež zvláště v městských aglomeracích k experimentům s psychoaktivními látkami a vede k následné závislosti na nich. Nejistá ekonomická situace, slabý právní systém, liberální drogové zákonodárství, propustné hranice a nedokonalý systém kontroly finančních operací dále podporují prudký nárůst rozsáhlého drogového průmyslu (Nožina, 1997).

Poněkud bouřlivé období začínající v 90. letech se situace nyní dle posledních výzkumů poněkud stabilizovala.

Obecně v užívání drog v celkové populaci vstoupila Evropa i ČR do stabilnější fáze, řekl nyní novinářům v Praze vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti Viktor Mravčík.

Celkově lze o drogové scéně v České republice říci, že se v posledních letech stabilizovala. Poslední výzkumy dokonce ukazují mírný pokles v užívání některých nelegálních drog, což s největší pravděpodobností znamená snad již definitivní

zastavení růstu zkušeností s drogami (s výjimkou konopí), který byl pozorován v minulé dekádě. (Mravčík a kol., 2007; 2008; Csémy a kol., 2008) Ke stabilizaci, případně poklesu, došlo v oblasti užívání amfetaminů a extáze, ale i konopí. *"V Česku došlo také k poklesu užívání pervitinu v obecné populaci, jiná je ale situace v tom problémovém užívání, máme stabilně 20.000 uživatelů pervitinu a jsme tím výjimeční v Evropě"*, řekl Mravčík novinářům.

Podle několika studií, kterých se Česká republika v posledních letech zúčastnila, jasně vyplývá, že Česká republika stále vysoce převyšuje evropský průměr v užívání některých drog. Jedná se hlavně o alkohol, tabák, konopí, skupinu amfetaminů zastoupenou pervitinem a extází.

Podle EMCDDA (2008a) se Češi v rámci Evropy nacházejí na samotném vrcholu prevalence užívání konopí v běžné populaci, což dokládají následující čísla: 28,2% Čechů ve věku 15 – 24 let užilo konopí v posledním roce (evropský průměr je 16,7 %). Celoživotní prevalence u stejné věkové skupiny pak činí 43,9 %, zatímco evropský průměr je 30,7 % (viz Příloha 1).

Podobná situace (tentokrát jednoznačné prvenství v Evropě) se týká také užívání extáze v běžné populaci. Extázi v posledním roce užilo 7,7 % Čechů ve věku mezi 15-34 let, což je mnohonásobně více než evropský průměr, který je 1,8 %. Celoživotní prevalence u stejné věkové skupiny je 14,6 %, zatímco evropský průměr je 5,6 %, viz Příloha 2 (EMCDDA, 2008a). Podle Mravčíka a kol. (2008), ale došlo v posledních letech k výraznému snížení kouření marihuany zejména u velmi mladých lidí.

Užívání pervitinu je dalším výrazným rysem české drogové scény. Česká republika je v tomto ohledu označována za zemi s nejvyšší prevalencí užívání pervitinu v Evropě. Podle odhadů z roku 2006 bylo v České republice přibližně 17 500-22 500 uživatelů pervitinu (2,4 až 3,1 případu na 1 000 obyvatel ve věku 15-64 let). Podle posledního průzkumu, realizovaného v roce 2004 v obecné populaci (18-64 let) se celoživotní prevalence užití amfetaminů dostala na 2,5 % (EMCDDA, 2008a; EMCDDA, 2008b; Mravčík a kol., 2008).

Pervitin patří spolu s kokainem do skupiny stimulačních drog, které po konopí představují druhý nejčastěji užívaný typ drogy v Evropě. Pervitin je kvůli své relativně jednoduché výrobě z léků typu paralenu pro Čechy stále dostupnější než dražší kokain. Od ledna 2010 začnou platit nové podmínky vydávání léků s obsahem pseudoefedrinu. Lidé si budou moct koupit jen jedno balení nurofenu či paralenu týdně a lékárník si kupujícího bude moct ověřit v registru vydávání léků. Podle Mravčíka a kol. (2008) zatím nelze odhadnout důsledky tohoto opatření, ale je prý pravděpodobné, že výrobci si najdou jiné zdroje a více se rozvine černý trh se surovinami.

Česko je v evropské zprávě zmiňováno jako země s kvalitní a dostupnou substituční léčbou opiátových drog, tedy i heroinu. Heroin v ČR nitrožilně a dlouhodobě užívá přibližně 10.000 lidí (EMCDDA, 2008a).

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení základních pojmů drogové problematiky

Pro správnou orientaci v problematice drog je nutné si vysvětlit několik základních atributů, pojmů a zákonitostí. Není pochyb o tom, že každý z nás toto slovo již někde slyšel, a také je velmi pravděpodobné, že se s drogou během svého života setkal. Co však můžeme nazvat drogou? Můžeme v našich poměrech považovat alkohol jakožto nejvíce užívanou a tolerovanou návykovou látku za drogu, anebo je význam tohoto pojmu posunut až někam k hranici společností nepřijatelných substancí, jakými je např. heroin?

Drogy jsou ilegální, nezákonné, státem nepodporované omamné nebo psychotropní látky (OPL). Jejich explicitní seznam je v českých podmínkách definován zákonem č. 167/1998 Sbírky o návykových látkách. Na mezinárodní úrovni tyto látky definují tři úmluvy OSN: z roku 1961, 1971 a 1988. Česká republika ratifikovala všechny tři úmluvy OSN.

Pojem droga nepochybně procházel historickým vývojem.

Podíváme-li se na termín *droga* z hlediska etymologického, nacházíme podle některých zdrojů, že toto slovo pochází z francouzštiny, kde znamenalo „sušené nebo jinak konzervované orgány rostlin, živočichů sloužící jako léčiva; léčivo obecně“ (Zábranský, 2003). Nožina (1997) uvádí, že naopak souvisí s nizozemským *droog*, stejného významu – suchý.

Ve spisovné češtině má slovo „droga“ význam „omamující prostředek, dráždivý přípravek“ (např. uklidňující droga, omamná, jedovatá, ostrá povzbuzující droga, působit jako droga). V minulosti byla jako „droga“ označovaná „surovina rostlinného nebo živočišného původu používaná jako léčivo“. Tento pojem se ještě udržuje mezi lékárníky a některými jinými vzdělanými odborníky, ze širokého povědomí byl však již zcela vytlačen. Dnes je slovo „droga“ v obecném i odborném úzu nadřazený pojem, označující jako drogy ve farmaceutickém smyslu i jiné léky a látky (včetně tekutých jako

je alkohol), zejména pokud jich je užíváno a zneužíváno ke změnám nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení duševních a tělesných funkcí a vyvolávání mimořádných zážitků (iluzí, halucinací, pseudohalucinací apod.) (Nožina, 1997).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) a vyjádření její komise expertů z roku 1969 je za *drogu* označována „*jakákoliv látka (substance), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí*“. Definice tudíž zahrnuje všechny přírodní či umělé substance a hmotné látky bez rozdílu, jestli jde o léky či nikoliv, nebo zdali působí či nepůsobí na nervovou soustavu (Nožina, 1997).

Preslova (1995) konkrétnější definice, tvrdí, že drogu můžeme chápat „*jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:*

1. *má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – prostě působí na psychiku;*
2. *může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“.*

Podle Riesela (1999) lze chápat drogu jak v obecném, tak užším slova smyslu. V obecném slova smyslu se jeho definice téměř shoduje s tou, která byla zveřejněna WHO (viz výše). V užším slova smyslu se lze na drogy dívat jako na látky, které se užívají nebo zneužívají ke změně duševního stavu, tzn. nálady, prožívání stavu bdělosti či útlumu, a chování. Jedná se tak o změny projevující se v činnosti a výkonnosti centrální nervové soustavy (CNS).

V posledních letech pojem droga prodělává mohutnou inflaci a je, jak Zábranský (2003) uvádí, používán jako synonymum pro jakékoliv silné zaujetí jak v kladném smyslu (milovaná osoba, koníčkem aj), tak v pejorativním smyslu (moc jako droga, sex jako droga aj.).

Drogy jsou od roku 1971 v odborné terminologii označovány jako *omamné a psychotropní látky* (OPL). Do té doby byl užíván termín *omamné látky* (OL) (Nožina, 1997).

Pokud se rozhlédneme, zjistíme, že drogy nás obklopují takřka na každém kroku. Drogy, které mají vliv na naši psychiku a dokážou vyvolat závislost, jsou k dostání v obchodech s potravinami. Máme tím na mysli tzv. *legální drogy*, drogy tolerované zákonem a společností. Historický vývoj spolu se společenským a kulturní vlivem mělo za následek, že došlo k „legalizaci“ drog jako jsou, alkoholické nápoje (destiláty, pivo, víno), ale i káva, čaj, tabák, které také ovlivněním psychiky se řadí mezi drogy.

V současném českém společenském kontextu však došlo k výraznému posunu v chápání a interpretování pojmu *droga*. Tímto termínem jsou označovány jen ty látky, které jsou v naší společnosti zapovězeny zákonem, respektive je zakázána jejich výroba a distribuce, jedná se tudíž o *nelegální drogy* (Nožina, 1997). Tím to zasahujeme do tématu klasifikace drog, kterou se budeme zabývat až v jedné z následujících kapitol.

1.1 Slovník vybraných pojmů drogové terminologie

Pro orientaci v drogové problematice je nutno si objasnit několik základních pojmů. Pojmy jsou užívány v drogové problematice jak odborníky, tak i laiky. Vybíráme ty nejpodstatnější pro naši práci i ty které jsou často užívány i ve slangové češtině. Slovník vybraných pojmů najdeme v Příloze 4.

2 Fenomén závislosti

Závislost, v našem případě přesněji *drogová závislost*, neboli také *syndrom závislosti* je podle Kachlíka (2003) důsledkem periodického nebo soustavného užívání drogy.

Oficiální definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) v poněkud zjednodušené definici Nešporem, Csémym (2003) zní následovně: Při závislosti má užívání nějaké látky nebo skupiny látek u daného jedince mnohem větší přednost před jednáním, kterého si kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. K diagnóze závislosti se obvykle vyžaduje, aby během posledního jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) **silná touha nebo pocit puzení** užívat látku;
- b) **potíže v sebeovládání** ve vztahu k látce, a to pokud jde o začátek, ukončení nebo množství látky;
- c) **tělesný odvykací stav**, postižený užívá stejnou nebo příbuznou látku s úmyslem zmenšit odvykací příznaky;
- d) **roste tolerance**, což se projevuje vyžadováním vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- e) **postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** ve prospěch návykové látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) **pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků**.

Dělení závislostí podle 10. revize MKN (převzato z Nešpor a kol., 1999)

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulanciích, včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Nožina (1997) rozlišuje 2 základní typy závislosti: *psychickou* a *fyzickou*. **Psychická závislost** je charakterizována jako duševní stav vzniklý konzumací drogy, který se projevuje přáním drogu opět požívat. Ono přání drogu opět požit se může projevovat až dychtivým, neodolatelným a opakujícím se nutkáním vzít si drogu, a to i přesto, že jedinec drogu požit nechce a své jednání považuje za nerozumné. Psychická závislost může být často jen závislostí na některé okolnosti, které jsou spjaté s požíváním drogy, jako např. prostředí, společnost nebo rituál spojený s jejím užitím.

Fyzická závislost je naopak takovým stavem organismu, který vzniká zpravidla dlouhodobějším a častým požíváním drogy, i když u některých druhů drog (heroin) může jít dokonce o krátkodobou konzumaci trvající několik týdnů, výjimečně i dnů. „*Organismus fyzicky závislý na droze se jí přizpůsobil, vytvořil si „pseudopotřebu“, zahrnul ji do své látkové výměny, takže na přerušení přísunu této drogy reaguje poruchou – abstinenčními příznaky, i když mu toto přerušení přísunu, „vysazení“, drogy, vlastně prospívá.*“ (Nožina, 1997).

Hajný (2001) ještě přidává **sociální závislost**, kterou charakterizuje jako závislost na skupině lidí, ve které se droga distribuuje a užívá a s ní spjatou izolací od jiných, kteří by mohli dotyčnému pomoci.

Kachlík (2003) se domnívá, že většinou však jde o proces složený z několika stadií. Na počátku takového procesu stojí experimentátor, zkoušející a hledající látku, která by mu pomohla zahnat nudu, zpestřila den a dala tak zapomenout na úkoly, povinnosti, nepříjemné zážitky (obecně 30 – 50 % mladistvých). Následuje stadium občasného (víkendového) braní drog, které se může změnit v pravidelné užívání, kdy lidé mají iluzi úplné kontroly nad sebou i zneužívanou látkou. To je však bohužel velmi klamná a mylná představa. Může totiž následovat stadium zcela závislého uživatele (přibližně 5 % experimentátorů), kdy se ještě přidružují problémy kriminálního rázu a násilné trestné činnosti. Takový jedinec je pak nebezpečný pro společnost, jelikož si není

vědom svého konání, čímž také může ublížit sám sobě. Kariéra takto závislého jedince (narkomana) končí v krajních případech buď selháním základních životních funkcí, nebo trestním postihem a společenskou deklasací.

2.1 Faktory vzniku a rozvoje drogové závislosti

Z jakého důvodu lidé berou drogy? Co je vede k takovému konání? Jelikož oblast drog a drogových závislostí je komplexní problém, je zřejmé, že na tyto otázky není snadné odpovědět. Existuje celá řada teorií alespoň z části vysvětlujících vznik drogové závislosti. Můžeme také říci, že se vždy jedná o souhru celé řady nejrůznějších faktorů působících na daného jedince (Presl, 1995).

Kachlík (2003) předkládá tzv. *bio-psycho-sociální model* vzniku závislosti, který počítá se čtyřmi základními faktory:

- **spouštěč** (událost pozitivního či negativního ladění, která vyprovokuje drogovou zkušenost),
- **droga** (mimo lidskou společnost anonymní chemická látka, ani dobrá, ani špatná),
- **osobnost** (zřejmě neexistuje vyhraněný osobnostní typ s predispozicí k drogové závislosti, je však možné vystopovat rizikové faktory osobnost oslabující či protektivní, které ji posilují, chrání vůči drogovému riziku),
- **prostředí** (rodina, škola, vrstevníci).

Kudrle (2008) kromě *bio-psycho-sociálního modelu* vzniku závislosti, přidává i spirituální, tedy *bio-psycho-sociálně-spirituální model* vzniku závislosti. Kdy dalším rizikovým faktorem abúzu drog bývá absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority.

Dalo by se tedy říci, že „závislost je výsledkem vzájemného působení vlivu drogy na osobnost v čase za přispění zpomalovacích či urychlovacích prvků ze strany společnosti a prostředí, životních podmínek a spouštěcích mechanismů“ (Riesel, 1999, s. 18).

Presl (1995) konstatuje, že příčina vzniku závislosti leží vždy někde ve vzájemné kombinaci 3 základních okruhů: a) osobnostní charakteristiky – dědičnost, b) vlivy prostředí, c) přítomnost drogy a její charakteristiky.

Stádia užívání drog vedoucí k závislosti (upraveno podle Zábranského, 2003):

- **Experiment**

Experimentátor užívá drogy s druhými, jen pokud je mu to nabídnuto. Poznává euforické zážitky. Zdraví, pracovní způsobilost a výkonnost nejsou narušeny. V této fázi užívání drog nejsou ani příliš ovlivněny finance dotyčného. Vzhledem k emocionální sféře převažuje u experimentátora zvědavost.

- **Stádium aktivního vyhledávání**

Uživatel drog se sdružuje s ostatními uživateli a distancuje se od původního okruhu lidí. Začíná si vytvářet vlastní zdroje a zásoby drog. Zdraví je zatím ještě nenarušeno, ale dostavují se první „dojezdy“ a „kocoviny“. Pracovní aktivita může být tímto dotčena, dotyčný utrací již peníze za drogy. Člověk vyhledává slast, prožívá však již také dysforie.

- **Stádium zaujetí drogou**

Narůstá spotřeba drog, což se také projevuje na financích, často se zadlužuje. Distancuje se od původního prostředí, mění své postoje, objevují se poruchy výživy a spánku. Podává horší výkony na pracovišti, mívá výpadky, vypadá neupraveně, mění svůj vzhled, distancuje se od druhých. Pro emocionální sféru je typické časté střídání nálad, pokusy kontrolovat situaci a nepříjemné stavy.

- **Stádium závislosti**

Dotyčný má již jen přátele, kteří berou drogy. Často lže, krade, prodává drogy. Často užívá i sám vysoké dávky drog. Jeho zdraví je poměrně hodně narušeno jak po psychické tak po fyzické stránce. Ztrácí práci, má značné finanční obtíže. Drogu bere, aby se cítil normálně, je plně zaujat drogami.

2.2 Účin psychoaktivních drog na organismus

Příznačnou vlastností psychoaktivních drog je jejich schopnost ovlivňovat neurotransmisi v různých jejích fázích – záleží na typu a množství drogy. Droga

v organismu narušuje přirozené prostředí a vytváří umělý stav, který je možné udržovat pouze za cenu dalších dodávek drogy zvnějšku. Stává se součástí metabolismu běžných pochodů v těle, je pro ně nepostradatelná. Vzniká závislost na drogách (Nožina, 1997).

Dvořáček (2008) uvádí přirozenou funkci skupiny mozkových sítí označovaných společným názvem **systém odměny**. Tento mozkový systém je evolučně starý a vývojově stabilní a je jedním z vnitřních autoregulačních mechanismů pro kontinuální zajištění potřeb nutných k přežití, reprodukci a pocitu tělesné pohody. Situace, děje a podněty prostředí, které jsou potřebné k přežití organismu (či celého druhu), jsou spojeny s libým pocitem (odměnou), aby byla zvýšena pravděpodobnost přežití. Tyto situace můžeme nazývat **přirozenými zdroji odměny** – jde zejména o potravu, sex a o komplikovanější zdroje odměny, jako jsou různé formy a úrovně sociálních vztahů apod. Za klíčovou funkční a anatomickou strukturu systému odměny je považována oblast – *nukleus accumbens*, kde přirozený zdroj odměny zvyšuje výdej dopaminu.

Dále Dvořáček (2008) upřesňuje, že návykové látky představují chemicky velmi pestrou skupinu látek, s mnoha odlišnými účinky na organismus. Některé látky jsou tlumivé, jiné budivé, jiné mají efekt ještě složitější, ovšem jednu vlastnost mají všechny návykové látky společnou - jejichž užití zvyšuje výdej dopaminu do z ventrální tegmentální arey do nukleus accumbens, tedy přesně v oblastech, které jsou rezervovány pro spojování libosti s biologickým významnými podněty. Výše popsaný vztah lze chápat i obráceně: odměňující vlastnosti drog, resp. Jejich návykový potenciál, jsou závislé na schopnosti drog zvyšovat výdej dopaminu do nukleus accumbens. Nebo ještě jednodušeji: co zvyšuje hladinu dopaminu v systému odměny, může být předmětem závislosti.

Dvořáček (2008) se tedy udává, že zvýšený výdej dopaminu v této oblasti je akutním efektem všech návykových látek, je ovšem jen prvním krokem k vytvoření závislosti – a zřejmě nikoli postačujícím. Opakovaná expozice drogám, tedy zvýšený výdej dopaminu v nukleus accumbens, vyvolá sérii komplikovaných adaptací, na jejichž konci jsou změněné vlastnosti i funkce systému odměny s behaviorálními projevy známými jako závislost.

3 Klasifikace drog

Vesměs v každé odborné literatuře nalézáme větší či menší rozdíly v dělení psychotropních látek. S vývojem nových látek a snahou jiných odborníků zařadit mezi závislosti nutkavé chování (např. gamblerství), je mnohdy klasifikace trochu nejasná. Setkáváme se s dělením na *legální* a *nelegální*, *měkké* a *tvrdé* či *lehké* a *těžké*, dělení na drogy s *akceptovatelným, přijatelným rizikem* a na skupinu s *rizikem nepřijatelným*, jak je to např. v Holandsku. Nebo je můžeme dělit podle *vzniku, typu působení a chemického složení* a podle *stupně společenské nebezpečnosti*. Toto jsou jedny z nejčastější klasifikace drog.

Velmi rozšířeným, leč značně vágním způsobem dělení drog, je rozdělení na tzv. drogy „*měkké*“ a „*tvrdé*“, respektive „*lehké*“ a „*těžké*“. Typickým příkladem tzv. „*lehkých*“ drog jsou třeba káva, tabákové výrobky nejrůznějších druhů, produkty konopí (marihuana, hašiš) a v naší společnosti také velmi oblíbený alkohol. U něho je však hranice značně sporná, jelikož podle negativního účinku nemírného užívání alkoholu na duševní i tělesné zdraví ho lze charakterizovat spíše jako drogu, která stojí někde na pomezí oné „*měkkosti*“ a „*tvrdosti*“. Je důležité poznamenat, že konzumace drog spadající do této skupiny je většinou možná, aniž by bylo riziko závislosti neúnosně vysoké (Nožina, 1997).

Presl (1995) se domnívá, že daleko vhodnější a přesnější způsob dělení drog se užívá v Holandsku, kde se drogy dělí na skupinu s *akceptovatelným, přijatelným rizikem* a na skupinu s *rizikem nepřijatelným*. Do první skupiny spadají drogy, při jejichž konzumaci v přijatelných intervalech a množstvích nedochází v neúnosné míře ke vzniku závislosti nebo jiným negativním důsledkům. Dá se sice předpokládat, že v určitém procentu populace k závislosti či tělesnému poškození dojde, není to však natolik alarmující, aby se zavedla přísná restriktivní opatření s pokusem situaci nějak kontrolovat.

3.1 Dělení drog dle schopnosti vyvolávat závislost a toleranci

Kachlík (2004) uvádí dělení drog podle schopnosti vyvolávat závislost a toleranci:

- drogy vyvolávající především *psychickou závislost*: kokain, marihuana, amfetaminy, LSD a jiné halucinogeny;

- drogy vyvolávající *psychickou* i *fyzickou závislost*: alkohol, opiáty, barbituráty, aj.

3.2 Dělení drog podle typu závislosti dle WHO

WHO rozděluje drogy dle typu závislosti. Její klasifikace pak vypadá následovně:

- alkoholovo-barbiturátový typ (ethanol, barbituráty),
- amfetaminový typ (amfetamin, metamfetamin, MDMA - extáze),
- halucinogenový typ (LSD, halucinogenní houby),
- cannabisový typ (marihuana, hašiš),
- opiátový typ (opium, morfin, dolsin, kodein, heroin),
- inhalační typ (toluen, chlorované uhlovodíky),
- khatový typ (khat, Catha edulis),
- kokainový typ (kokain, crack) (Kachlík, 2004).

3.3 Dělení drog v epidemiologii

Stejně jako většina odborníků v epidemiologii dělí psychotropní látky dle tří typů klasifikace stejně jako Zábranský (2003):

- podle vzniku (přírodní, syntetické, asyntetické),
- podle typu působení a chemického složení (tlumivé látky, stimulanty, halucinogeny),
- podle stupně společenské nebezpečnosti.

Podle vzniku

a) *přírodní*: konopné produkty (marihuana, hašiš, hašišový olej, máslo aj.), opium (sušená maková šťáva), koka, psychoaktivní houby (lysohlávky, muchomůrka atd.), psychoaktivní rostliny (popínavá liány, ayahuasca, některé kaktusy, durman, blín, petúnie, ruta, mandragora atd.), khat (káta), a další regionální drogy atd. (celkem asi 2500 psychoaktivních rostlin).

b) *semisyntetické*: morfin, heroin, LSD podobné surové námelové alkaloidy, kokain (hydrochlorid kokainu), crack (kokainová báze) atd.

c) *syntetické*: amfetaminy a jejich deriváty (pervitin), opioidy (syntetické sloučeniny s opiátovými účinky), ecstasy (MDMA, MDEA, MDBD, MDA), „falešné ecstasy“ (2CB, PMA, PMMA atd.), PCP⁹ a další syntetické halucinogeny, „designérské“ drogy (deriváty známých drog. Kdy cílem je pharmacophore a zároveň vyrobit nezakázanou látku), „amylnitrit“ (amyl, butyl a isobutyl nitrát), N₂O (humánní anestetikum), těkavé látky (rozpouštědla), farmaceutická anxiolytika a sedativa, atd.

Podle typu (psychoaktivního) působení a chemického složení

a) *tlumivé látky*: opiátová/opioidová skupina (neředěná šťáva z nezralých makovic, zaschlá šťáva z nezralých makovic, morfin, heroin, metadon, pethidin, LAAM, buprenorfin, další opioidy peptidové a nepeptidové povahy), anxiolytika a hypnotika (benzodiazepiny a barbituráty).

b) *stimulancia*: amfetaminy (benzedrin, dextrin, pervitin), kokain (hydrochlorid) a crack (kokainová báze), těkavé nitráty (amyl-, butyl-, isobutyl-nitrát).

c) *halucinogeny*: konopné produkty (marihuana, hašiš, konopný olej a další), LSD, Psilocybyn, Mescaline, PCP phenocyklidin, ecstasy a další taneční drogy; též „halucinogenní amfetaminy“, těkavé látky.

Podle stupně společenské nebezpečnosti

Tento indikátor v sobě ideálním případě zohledňuje především zdravotní, kriminogenní a ekonomická rizika plynoucí z užívání drog. Vyjádřením společenské nebezpečnosti, posuzované v kulturním kontextu konkrétní společnosti, je zákonný status jednotlivých látek. Pro psychotropní látky historicky existují čtyři možnosti: prohibice³, dekriminizace⁴, neprohibiční regulace a legalizace.

³ Prohibice – zákaz, zamezení, omezení, např. výroby, prodeje, dovozu a vývozu některých výrobků, zejm. alkoholických nápojů (Slovník cizích slov, 2009).

⁴ Dekriminalizace – částečné či úplné odstranění trestního postihu (např. u některé drogové komodity) při ponechání administrativních sankcí (Slovník cizích slov, 2009).

Minařík (2008) uvádí upřesňující tabulky podle míry rizika. Látky s vyšší mírou rizika jsou označovány jako „tvrdé“ drogy, látky a nižší mírou rizika jako drogy „měkké“. Rizika spojená s užíváním jsou míněna v tělesné, duševní i sociální oblasti. Přehled viz Tabulka 1.

Tabulka 1: Rozdělení drog podle míry rizika (Minařík, 2008)

| Míra rizika | „Tvrdost“ drog | Zástupci |
|----------------------|----------------|--|
| vysoká | tvrdé | toluen heroin morfin durman crack |
| vysoká až střední | tvrdé | kokain pervitin LSD |
| střední | tvrdé | alkohol lysohlávky extáze efedrin kodein |
| relativně malá | měkké | marihuana hašíš kokový čaj |
| prakticky bez rizika | měkké | káva čaj |

4 Přehled nejčastěji užívaných návykových látek

V této kapitole uvádíme podrobnější popis vybraných látek, u kterých je největší předpoklad abúzu. Bezesporně nejvíce užívanými látkami je alkohol a tabák. Z nelegálních látek konopí a to nejčastěji ve formě marihuany a hašiše. Poměrně často užívanou látkou na našem území je AMDA nazývaná extáze. Nesmíme zapomínat na poměrně velkou skupinu léků, kde velmi často nalézáme abúzus.

4.1 Alkohol

V roce 2000 se roční spotřeba alkoholu vyšplhala na 9,9 litru 100 % alkoholu na jednoho obyvatele včetně kojenců a nemluvňat, což je 2,9 krát více než v roce 1936. (Nešpor, 2003) ÚZIS (2008) uvádí, že v roce 2007 uvádí 25 342 pacientů zneužívající alkohol, z toho muži 17 264 a žen 8 078.

Jedná se o nejoblíbenější legální drogu v našem prostředí, o čemž vypovídají mnohé statistiky. Jedním z příkladů může být fakt z roku 2003, že Češi jsou po Portugalcích a Irech (v přepočtu na hlavu) třetími největšími konzumenty alkoholických nápojů na světě (Mlčoch, 2009). Bohužel pití alkoholu má u nás vzestupnou tendenci, jelikož podle zpráv z roku 2006 se Češi v konzumaci alkoholu dostali na druhé místo (hned po Lucembursku) v Evropě. Každý Čech tak v průměru vypil celkem 10,2 litru čistého lihu (Petrášová a kol., 2008).

Podstatně smutnější informací je, že například v roce 2003 Češi pod vlivem alkoholu způsobili 9 500 dopravních nehod, při kterých zemřelo 136 lidí (Mlčoch, 2009). Podle Policejního prezidia bylo na území ČR způsobeno v roce 2007 způsobeno 7 266 nehod pod vlivem alkoholu, při nichž bylo usmrceno 36 osob (MV ČR, 2008).

Charakteristika alkoholu

Alkohol (*etylalkohol* nebo také *etanol* C_2H_5-OH) vzniká chemickým procesem kvašení cukrů – sacharidů, a to buď z jednoduchých cukrů obsažených v ovoci (nejčastěji vinná réva, koncentrace alkoholu je kolem 12 – 14 %), nebo z polysacharidů obsažených v obilnách zrnech a bramborách (Popov, 2003).

Vyšších koncentrací je pak možné dosáhnout destilací. Při nedokonalém procesu destilace bývá v destilátu obsažen kromě etanolu ještě *metanol*, který je silně neurotoxický. Postihuje optický nerv, takže při intoxikaci hrozí oslepnutí. Podobnou toxicitu, avšak jen v menší míře, má i alkohol (Minařík, 2004a).

Účinky alkoholu

Alkohol je jednoduchá chemická látka, která snadno proniká k různým orgánům včetně mozku. Její obsah v alkoholických nápojích kolísá zhruba od 2-3 % (pivo) do asi 40 % v destilátech. Podle starších materiálů Světové zdravotnické organizace je pro zdravého dospělého člověka ještě bezpečnou dávkou alkoholu kolem 20 g 100 % lihu za den (16 g pro ženu, 24 g pro muže), 20 g lihu odpovídá zhruba půl litru piva nebo 2 „deci“ vína (Nešpor, 2003).

Menší dávky alkoholu mají lehce stimulační účinek, dochází ke zlepšení nálady a zvýšení sebevědomí, snadnější komunikaci bez zábran. Vyšší dávky vedou k celkovému otupení s menší mírou soudnosti a sebekritičnosti, nálada někdy nabývá expanzivního charakteru až se sklony k agresivitě. Pokračující konzumace vede k silnému útlumu, který se projevuje usínáním, při vyšších dávkách se útlum prohlubuje až ke komatóznímu stavu. Může dojít až k bezvědomí, kdy hrozí zástava životních funkcí (dechu a oběhu) (Minařík, 2004a).

Známky akutní intoxikace alkoholem jsou: „Alkohol v dechu, zarudlé oči, zhoršená pohybová souhra, nejistá chůze, ospalost, nezřetelná výslovnost, často oslabení zábran, slovní nebo i fyzická agrese, bolesti hlavy v kocovině, rozlady, deprese. Roste riziko úrazů v dopravě, ale i třeba při práci nebo ve sportu. Otravy alkoholem jsou nebezpečné, protože hrozí vdechnutí zvratků a zástava dechového centra v mozku. Roste riziko sebevraždy, sexuálního zneužití a násilné trestné činnosti. Alkohol vstupuje do nebezpečných interakcí s většinou psychofarmak, ale i s jinými běžnými léky. V důsledku toho se mohou dostavit často dramatické vedlejší účinky léků a otravy.“ (Nešpor, 2003).

Kachlík (2003) předkládá přehlednou tabulku změn pocitů a chování v závislosti na hladině alkoholu v krvi:

Tabulka 2: Změny pocitů a chování v závislosti na hladině alkoholu v krvi (Kachlík, 2003).

| Hladina alkoholu v krvi [‰] | Změny pocitů | Změny chování |
|-----------------------------|------------------------|---|
| 0,4 ‰ | pocit uvolnění | vyšší riziko úrazů |
| 0,6 ‰ | změny nálad | zhoršený úsudek a schopnost se rozhodovat |
| 0,8 ‰ | pocity tepla a euforie | oslabení zábran, zhoršený postřeh a sebeovládání, riziko úrazů |
| 1,2 ‰ | vzrušení, emotivnost | povídavost, impulzivita a riziko ukvapeného jednání |
| 1,5 ‰ | zpomalenost, otupělost | sklon k násilnému jednání a setřelá řeč |
| 2,0 ‰ | výrazná opilost | dvojitě vidění, poruchy paměti, obtížná řeč, případný spánek |
| 3,0 ‰ | možnost bezvědomí | osoba nereaguje na vnější podněty, nebezpečí vdechnutí zvratků |
| 4,0 ‰ a více | hluboké bezvědomí | riziko zástavy dechového centra v mozku a zadušení, smrtelné ohrožení |

Rizika spojená s užíváním alkoholu

Dlouhodobé užívání alkoholu může mít za následek rozvoj závislosti na alkoholu⁵, častější úrazy (pády, popáleniny, pořezání), tělesné nemoci - např. jaterní, trávicího systému, vysoký krevní tlak. Duševní nemoci (např. úzkosti, deprese, vztahovačnost, poruchy paměti i demenci) a povahové změny. Alkohol zvyšuje riziko výskytu nádorů (jater, hltnu, jícnu, rakoviny prsu u žen aj.). Vyšší výskyt kožních nemocí. Neurologické nemoci postižení periferních nervů, epileptické záchvaty, nitrolební krvácení po pádech v opilosti, ubývání mozkové kůry. Plod je ohrožen fetálním alkoholovým syndromem, jestliže těhotná žena pije v průběhu těhotenství alkohol (a to v celém průběhu těhotenství, i když nejvíce ohrožený plod je v prvním trimestru, tedy často ještě před tím, než ví o těhotenství). Záněty prostaty a močové trubice, neplodnost u mužů (Nešpor, 2003).

Jako psychické komplikace se v lehčích stádiích objevují halucinace a paranoidně psychotická porucha, konečným stadiem je pak alkoholová demence s malou nadějí na zlepšení (Kachlík, 2003; Minařík, 2004a).

Závislost na alkoholu

Kachlík (2003) z hlediska dlouhodobého vztahu ke konzumaci alkoholu, uvádí, že lze rozlišit čtyři typy uživatelů:

⁵ Potenciál vzniku závislosti (jak psychické, tak fyzické) na alkoholu je relativně vysoký, přičemž platí, že čím je nižší věk zahájení užívání, tím je vznik závislosti snazší (Minařík, 2004a).

- **abstinent** - nepožívá žádné alkoholické nápoje,
- **konzument** - požívá alkohol v souladu se společenskými zvyklostmi (pivo po masném jídle, oslavy apod.),
- **piják** - aktivně vyhledává společensky přijatelné příčiny k požívání alkoholických nápojů,
- **alkoholik** - je již na alkoholu zcela závislý.

MIčoch (2009) rozlišuje tyto stadia alkoholismu:

- **I. počáteční** – uživatel poznává účinek alkoholu jako drogy. Má potřebu zvyšovat dávky alkoholu, aby se dostavily pocity dobré nálady. Alkohol mu „dává, ale nebere.“
- **II. varovné stadium** – častá podnapilost a opilost. Opilost se projevuje častěji. Uživatel přechází od méně koncentrovaných alkoholických nápojů (pivo) k lihovinám. Spíše nemá okénka. Kdyby piják pil o samotě, byl by nápadný. To si uvědomuje.
- **III. rozhodné stadium** – roste tolerance, jsou zde typická okénka (tím se odlišuje od předchozího stadia). Alkohol se dostává z periferie pozornosti do centra. Uživatel přestává ovládat touhu po alkoholu, alkohol již ovládá jeho. Znovu slibuje sobě a svým blízkým (nejčastěji další den po tom co byl opilý), že již pít nebude a toto permanentně porušuje. Pokud však po delší dobu abstínuje, získá dojem, že ovládá pití. Může to trvat týdny nebo měsíce.
- **IV. konečné stadium** – výrazně snížená tolerance na alkohol – závislý se tedy opije častěji, ale množství alkoholu se nezmenšuje. Opíjí se i při nevhodné příležitosti. Pije i několik dní – tzv. tahy. Pije již od rána. S alkoholem to již nejde a bez něj také ne. Tím se uzavírá kruh a může zde pomoci jen psychiatr v protialkoholní léčebně nebo ambulantní středisko pro alkoholismus a toxikomanii (AT středisko).

MIčoch (2009) také rozlišuje několik typů alkoholismu:

- Typ GAMA má zvýšenou toleranci na alkohol, projevuje se ztráta kontroly v pití, je schopnost abstinence.

- Typ DELTA se projevuje neschopností abstinence, při vysazení následují silné abstinenční příznaky, má stále svou hladinku.
- Typ EPSILON nasedá na jiný typ nemoci, např. schizofrenie.
- Typ ALFA se projevuje nedisciplinovaným pitím, má kontrolu v pití. Většinou nepřechází do 3. stadia alkoholismu.
- U typu BETA nevzniká závislost, ale dochází k sekundárním nemocem, př. cirhoza jater.

Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků, ať už v podobě „ranních doušků“ nebo poruch paměti, tzv. „okénka“, při kterých si uživatel nepamatuje, co dělal během intoxikace alkoholem (Popov, 2003).

Abstinenční syndrom se většinou začne projevovat již několik hodin po skončení pití, vrcholí druhý až třetí den a odeznívá asi do týdne. Začíná třesem, těžké stavy mohou být doprovázeny křečemi. V těžších případech dochází také k vážné poruše vědomí (*delirium tremens*) s halucinacemi. V případě, kdy pacient není léčen, je pravděpodobnost úmrtí až 20 %, ale i v případě adekvátní terapie je tento stav, zvláště je-li kombinován s těžším tělesným onemocněním, život ohrožující a může vést k úmrtí (Minařík, 2004a).

Léčba alkoholismu

Léčba závislosti na alkoholu může probíhat různě. Nejčastěji léčba probíhá v protialkoholních léčebnách a trvá 3 měsíce. Po skončení léčby je nutná doživotní abstinence. Další možností léčby alkoholiků představuje Sdružení anonymních alkoholiků.

4.2 Farmaka s psychotropním účinkem

Chemie převážně 20. století nás obohatila o nespočet velmi účinných látek, ale bohužel způsobila i rozšíření takových látek, na které může vznikat nebezpečný návyk. Užívání léků mimo rámec léčby je společensky závažný a někdy podceňovaný jev. (Nožina, 1997)

Pro psychotropní efekt jsou nejvíce zneužívány látky ze skupiny opioidních analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik. Zneužívání anxiolytik a hypnotik je velmi časté. Benzodiazepiny jsou nejčastěji předepisovanější farmaka, mnohdy v rozporu s doporučením jsou předepisovány dlouhodobě v nejasné indikaci (Kalina a kol., 2008).

Léky vyvolávající závislost tvoří velmi rozsáhlou skupinu, která se nejčastěji dělí, tak jak jsou uvedeny v Tabulce 3.:

Tabulka 3: Léky s možným vznikem závislosti (NMSDDZ, 2005)

| Skupina | Příklady léků |
|-------------|---|
| ANALGETIKA | Acylcofin, Coldrex, Dinyl, Korylan, Alnagon Morfin, Dolsin, Diolan Kodein, Bephronal, Temgesic, Subutex Tramal |
| SEDATIVA | Bellaspon |
| HYPNOTIKA | Nitrazepam, Rohypnol Hypnogen, Stilnox |
| ANXIOLYTIKA | Neurol, Xanax, Radepur, Elenium, Diazepam Meprobamat |
| OSTATNÍ | Fenmetrazin, Ritalin Adipex petard Solutan Codein, Ipecarin, Kodynal, Diolan |

Charakteristika a účinek farmak s psychotropním účinkem

Sedativa a hypnotika utlumují ascendentní aktivační systém retikulární formace a způsobují tak pokles lucidity i vigility vědomí. Anxiolytika působí v limbickém systému a způsobují pokles duševní tenze, ve vyšších dávkách pak i ony způsobují pokles CNS. Zneužívá-li léky běžná populace, požití probíhá per os, event. v kombinaci s alkoholem (Minařík, 2008).

Účinek nastupuje podle způsobu aplikace a podle druhu preparátu (některé látky jsou aktivní, až po metabolizaci v játrech) řádově během desítek minut. Trvání účinku může být jen několik hodin (některé hypnotika), jindy dlouhodobé (např. Diazepam). Hlavním očekávaným efektem je tupě euforický stav. Intoxikace je podobná opilosti včetně zevních projevů (Minařík, 2008).

Společným účinkem léků je útlum centrální nervové soustavy, dochází k postupující ospalosti, otupělosti, k celkovému útlumu s rozmazanou blábolivou řečí. Může dojít

k vyhasínání reflexů a při předávkování až k hlubokému bezvědomí – kómatu (Kalina, 2003).

Analgetika

Používají se především k tlumení a odstraňování bolesti, mají však široké medicínské působení. Mezi nejvýznamnější zástupce této skupiny patří tzv. opioidní analgetika, jako *Morfin*, *Dolsin* a *Kodein*. Morfin vede k závislosti morfinového typu. Kodein se zneužívá pro jeho euforické účinky podobné heroinu. Více viz Opiáty, kterým je věnována samostatná kapitola.

Hypnotika a sedativa

Hypnotika a sedativa jsou léky užívané proti nespavosti, mají zklidňující účinek. Jsou charakteristické rychlým vznikem závislosti, proto by měly být užívány jen krátkodobě. Mezi sedativy a hypnotiky není příliš ostrá hranice. Liší se závislostí účinku na dávce. Sedativní účinek je zklidňující, hypnotický navozuje spánek (Kutinová, Canová, 2009).

Na přelomu 20. století byl objeven lék proti nespavosti Veronal. Na jedné straně odstraňoval nespavost, na druhé straně působil protiepilepticky. Tím byla zahájena *éra barbiturátů* a syntetizovány desítky variant kyseliny barbiturátové. Deset let po objevení Veronalu byl popsán veronalismus a postupně se zprávy o nebezpečí návyku množily. Hypnotickými účinky se vyznačují i deriváty brómu (Bromisoval) (Nožina, 1997).

Při akutní intoxikaci hypnotiky hrozí riziko těžké otravy, dopravní nehody, spavost. Po vysazení vysokých dávek nastávají odvykací stavy někdy i nebezpečné životu. Bolesti hlavy, někdy zkažené zuby. Roztřesenost, nechutenství, duševní poruchy. Horší paměť a úsudek. Riziko poškození plodu u těhotných žen (Nešpor a kol., 1999).

Vyskytují se v podobě tablet, ampulí, čípku, roztoků, nebo v různobarevných kapslích. Podávají se ústy, možná je také injekční aplikace. Barbituráty mají podobný účinek jako alkohol, účinek trvá obvykle tři až šest hodin. Po vpravení do těla injekci mohou vyvolat takřka okamžitý pocit ospalosti a příjemného tepla (Shapiro, 2005).

Nejvýznamnějším zástupcem této skupiny léků je *Rohypnol*⁶, který se stal nejoblíbenější drogou mladistvých užívajících i jiné návykové látky. Dále také Valium a Librium.

Anxiolytika

V roce 1950 byl v USA poprvé syntetizován preparát, později nazvaný *meprobamat* (*Meprobamat*), čímž začalo období *anxiolytik* – léků „rozpouštějících“ úzkost. Zapříčiňuje celkovou utlumenost, sníženou pohotovost reakcí a poruchy koordinace. (Nožina, 1997). Anxiolytika je skupina léků, na které vzniká velmi často závislost. Jedná se o léky užívané k tlumení patologického strachu a úzkosti. Patří mezi nejčastěji předepisované léky a staly se i léky nejčastěji zneužívanými (Kalina, 2003).

Závislost a rizika spojená s užíváním farmak s psychotropním účinkem

Jak předkládá Nožina (1997) obecně existují dva hlavní trendy zneužívání farmaceutických výrobků. V prvním případě je lék zpravidla předepsán lékařem, ale pacient si na něm následně vytváří závislost, většinou psychického původu. Charakteristickými fázemi přechodu od léčby k zneužívání jsou: strach z nedostatku léků; poptávka po neoprávněném množství látky; návštěvy různých lékařů ve snaze nashromáždit požadované množství. V druhém případě není zneužívání farmak spojeno s lékařskou praxí. Mnoho mladých lidí, kteří mají sklon k abúzu ostatních drog, přitahují léky s psychoaktivními účinky.

Látky s psychoaktivním účinkem vedou k rozvoji psychické a tělesné závislosti. Závislost bývá úporná vzhledem k narušení kognitivních funkcí. Po vysazení abstinenci ztěžuje úzkostná symptomatologie. Tělesná složka je silná, významná je změna nastavení CNS (Minařík, 2008).

U těchto léků je poměrně velkým rizikem možnost předávkování – může dojít k zástavě dýchání a následné smrti (pouhých deset tablet může stačit k tragickému následku). Účinky a rizika jsou výraznější se současným užitím alkoholu nebo jiných tlumivých drog (Shapiro, 2005).

⁶ Rohypnol často bývá doplňkem intravenózního užívání heroínu, pro jeho schopnost prodloužit stav heroinové intoxikace.

4.3 Halucinogeny

Halucinogenní drogy, syntetické i přírodní, jsou látky, které mají silné psychoaktivní účinky. Deformují vnímání objektivní reality. Užívání halucinogenních drog bylo vždy spjato s náboženskými rituály. Na poli lékařského výzkumu byly halucinogeny využívány při experimentálním studiu psychóz (např. schizofrenie). Halucinogeny byly ve světě nejvíce rozšířeny v 70. a 80. letech. Jejich zneužívání bylo ponejvíce spojeno s alternativní kulturou, jejíž vyznavači tvrdili, že jim halucinogeny pomáhají dosáhnout hlubšího a bohatšího poznání sebe sama. V současnosti je zneužívání halucinogenů méně časté (Nožina 1997).

Často se také užívá termín psychomimetika, aby se označila schopnost látek napodobovat duševní choroby – psychózy. Termín psychedelika byl vytvořen k označení předpokládaného aspektu „odkrytí mysli“ po použití těchto drog (Bečková, Višňovský, 1999).

Charakteristika halucinogenů

Halucinogeny zahrnují velice rozsáhlou skupinu drog, kterou Nožina (1997) rozděluje na 2 základní skupiny:

- Látky přírodního původu: psilocybin (obsažen v houbách), meskalin (obsažen v kaktusech), durman (obsažen v rostlinách),
- Syntetické látky: LSD, PCP („andělský prach“).

Psilocybin

Jedná se o psychoaktivní látku obsaženou v některých houbách rodu lysohlávek (*Psilocybe*); na území České republiky se nachází především v lysohlávce kopinaté, tajemné a české. Pravděpodobně nejznámější a velmi rozšířenou podobou lysohlávky je mexický druh *Psilocybe mexicana* Heim, která byla po staletí užívána Indiány ke kultovním účelům (Presl, 1995; Miovský, 1996).

Nejhojnější jsou lysohlávka kubánská (*Psilocybe cubensis*) a lysohlávka kopinatá (*Psilocybe semilanceata*). Nejsilnější z těchto hub jsou lysohlávky české (*Psilocybe*

bohemica). Houby rostou na vlhkých a často stinných místech, většinou v trsech. Po sebrání se suší pro pozdější užití. Pro jejich dostupnost se nevyvinul žádný důležitý černý trh obchodující s houbami (Shapiro, 2005).

I když se užívání halucinogenních hub - lysohlávek v poslední době více rozšířilo mezi mládeží, stále se jedná spíše o doplňkovou drogu, která je vázána zejména na lidi uměleckého či filozofického zaměření se sklonem k excentrismu a různým druhům alternativní hudby a života (Miovský, 2003b).

Na světě rostou i houby z čeledi muchomůrkovitých s psychedelickými účinky.

LSD

LSD (*diethylamid kyseliny lysergové*) syntetizoval v roce 1938 švýcarský chemik Albert Hofmann z námelu. V roce 1943 byly náhodně odhaleny jeho psychoaktivní vlastnosti. První, kdo prodělal intoxikaci s halucinogenními účinky, byl sám objevitel. Droga se záhy rozšířila v prostředí mládeže a vědeckých a uměleckých kruhů (Nožina, 1997).

Laboratorně je LSD syntetizováno ve formě prášku⁷. Je užíváno ve formě tablet a tenkých čtverečků želatiny (*Windows panes*, „okenní tabulka“), nebo zředěno a absorbováno do absorpčních papírků (*blotter acid*, „kyselina pijáková“). Papírky tzv. *tripy* – bývají distribuovány na diskotékách, přičemž jsou označeny obrázky a poutavými názvy (Nožina, 1997).

Ostatní halucinogenní látky

Mezi přírodní halucinogenní látky řadíme také: meskalin (kaktusu *Lophophora williamsii*), durman, ibogain, myriscin (v muškátovém ořechu), kyselina totenová (v muchomůrce červené a tygrované) a bufetenin (jed ropuch).

Účinky halucinogenů

Navozují stav excitace (vybuzení) centrálního nervového systému, projevující se změnou nálady, obvykle ke stavu euforickému, ale někdy těžce depresivnímu. Pod

⁷ LSD je neuvěřitelně silná droga. Množství LSD pro 2500 dávek váží stejně jako poštovní známka. Přibližně sedm a půl litru čistého LSD by vystačilo pro všechny lidi v celých Spojených státech. LSD je účinný v tak malých dávkách, jako je 25 mikrogramů (tedy deset pět miliontin gramu), i když se průměrná dávka pro hluboký psychedelický zážitek pohybuje mezi 100 a 150 mikrogramy. (Shapiro, 2005).

vlivem halucinogenů je porušeno vnímání směru, vzdálenosti a času. Uživatel může popisovat, že „slyší barvy a vidí zvuky“. Při dostatečných dávkách droga navozuje falešné představy a zrakové halucinace. Halucinogeny působí v různých časových periodách v závislosti na dávce a typu látky. V naprosté většině jde o látky s nevyzpytatelným účinkem, a to zejména na osoby, které s nimi neumějí zacházet. Obvykle se jejich účinek objevuje během první hodiny po požití (Nožina 1997).

Bečková s Višňovským (1999) upřesňují, že po požití LSD se první psychické projevy a změny chování dostaví asi 30 min po orálním podání. Vrcholu pak dosahují za 2-4 hodiny v závislosti na podané dávce. Postupný návrat k normálu je během 10 až 12 hodin. A po požití 6 až 12 mg (obvyklá dávka používaná při lidském abúzu), což je 1-2 g sušené houby (psilocin a psilocybin), je ovlivnění centrálního nervového systému pozorovatelné již během 20 minut od konzumace a rychle se rozvíjí během dalších 20 minut. Průměrná délka působení psilocybinu je 2-4 hodiny, nicméně vrchol halucinogenní aktivity zřídka trvá déle než hodinu.

Pravé halucinogenní drogy, jako jsou LSD, mescalín a psilocybin z „kouzelných“ houbiček, mají všechny celou řadu poměrně mírných tělesných účinků. Patří sem zvýšený krevní tlak a srdeční činnost, křeče a zvedání žaludku (Shapiro, 2005).

Tolerance a závislost spojená s užíváním

Tolerance se u jedince zneužívajícího LSD rozvíjí poměrně rychle. Avšak 3 až 4 dny po vysazení drogy se počet receptorů vrací k normálu. Byla popsána zkřížená tolerance s mezkalinem a psilocybinem. Po podávání LSD se nevyskytuje ani syndrom z vysazení, ani fyzická závislost. U stálých konzumentů se může vyvinut psychická závislost, v závislosti na výši dávek a osobnosti uživatele (Bečková, Višňovský 1999).

Flashback (který se může objevit měsíce po požití drogy) trvá jen několik minut a je zřídka kdy nebezpečný, i když může člověku navodit pocity úzkosti, dezorientace či nepříjemných prožitků (Shapiro, 2005).

4.4 Konopné drogy

Konopné drogy jsou bezpochyby nejvíce rozšířenými psychoaktivními látkami v našem prostředí spadajícími do skupiny ilegálních drog, o tom nás utvrzují nejnovější studie (EMDCCA, 2008), v kterých nalézáme konopné drogy na prvních příčkách prevalence.

Základní surovinou pro získávání konopných drog je konopě setá (*Cannabis sativa*), což je jednoletá dvoudomá bylina pocházející pravděpodobně ze Střední Asie. Nejstarší doklady o pěstování konopí jsou staré více než 5000 let. Historicky je užívání konopí nejčastěji spojené s náboženskými obřady, např. v hinduistickém a islámském náboženství konopné produkty plně nahradily alkohol, a to jak z rituálního, tak kulturního hlediska (Nožina, 1997).

Švédský botanik Carolus Linneaus (Carl Linné) poprvé odborně popsal *Cannabis sativa* L. v roce 1737 v podhůří Himaláje v Indii. Věřil, že našel jediný druh tohoto rodu. Přesto ve východní Indii v roce 1785 Jean Baptiste de Lemarc, francouzský biolog, popsal a pojmenoval další druh *Cannabis indica* L. V roce 1924 objevil botanik D. E. Janischewsky v jihovýchodním Rusku třetí poslední známý druh - *Cannabis ruderalis* (Miovský a kol, 2008).

V dnešní době se konopí pro svou pěstitelskou nenáročnost již rozšířilo po celém světě. V evropských podmínkách se pěstuje i v České republice, kde se mu nejvíce daří v oblastech severní a jižní Moravy. Stále více rozšířeným pěstováním konopí je tzv. „indoor“, který umožňuje za pomoci technologií hydroponie a umělého osvětlení pěstovat po celý rok šlechtěné a vysoce potentní odrůdy dosahující značně vysokého obsahu účinných látek (Miovský, 2003a).

Charakteristika kanabinoidů

Kanabinoidy jsou přírodní drogy vyráběné z konopí, patří mezi látky s halucinogenním účinkem. Jedná se o jednoletou, dvoudomou rostlinu, maximální vzrůst je kolem 2 metrů. Samičí rostliny jsou z hlediska obsahu psychotropních látek významnější, nejvyšší obsah účinných látek je v pryskyřici samičích květů (Minařík, 2008). Obsah psychotropních látek totiž není v jednotlivých částech stejný. Nejvyšší je okvětních lístcích vrcholků (samičích) a pak postupně klesá v pořadí horní listy – dolní listy –

stonek – kořen – semena (Miovský a kol., 2008). Nejaktivnější psychotropní látkou je delta -9-trans-tetrahydrocannabinol (THC). Pryskyřice obsahuje mnoho dalších látek, které nejsou, nebo jsou jen málo psychotropní (Minařík, 2008). Odlišné odrůdy marihuany obsahují rozdílné množství THC (Shapiro, 2005).

Na černém trhu se většinou vyskytují a jsou zneužívány následující formy konopných drog:

Marihuana (tráva, zelí, ganja, brko, špek, joint, žiletka, skunk, hulčo)

Vzniká smíšením usušených a rozmělněných listů a vrchní rostlinné okvětní části konopí. *Marihuana (marijuana)* je mexicko-španělský název této směsi. Další obdobou je gandža (ganja), která se získává, ze speciálně pěstovaných ze speciálně pěstovaných samičích rostlin konopě seté. Nejčastěji se užívá kouřením samostatně v dýmkách, nebo ubalené v cigaretovém papíře tzv. *joint*. Z cigarety či doutníku se může také vysypat tabák a nahradit ho marihuanou. Výsledku se pak říká *špek*. Dá se také konzumovat perorálně v nejrůznějších formách pokrmů: mléko, cukrovinky, buchty, zavařeniny (Nožina, 1997; Shapiro, 2005).

Hašiš (haš, čokoláda, černý afghán, maroko ,charas)

Získává se z pryskyřičného sekretu, který prosakuje z květů a listů v horních částech rostliny. Kanabisová pryskyřice je sbírána a hnětena do formy kvádrů, tablet, koulí nebo kostek. Hašiš je od odstínů hnědi, přes tmavě zelenou až černou podle místa. Rozdíl oproti marihuaně je ve vyšším obsahu aktivních látek a dynamice jejich účinku. Nejčastěji se kouří spolu s tabákem. Hašiš bývá kouřen společně s tabákem ve speciálních dýmkách, polykán smíšený s jídlem anebo v nápojích. Bývá rovněž extrahován s alkoholem a vyrábí se z něj hašišová kořalka. Koncentrace THC v hašiši je přibližně pětikrát větší než v marihuaně (Nožina, 1997; Miovský, 2003a).

Hašišový olej

Je kanabisový derivát se zhruba 20 % obsahem THC. Je to hustá lepkavá hmota tmavohnědé až černé barvy vznikající destilací konopných listů. Obsah účinných látek se pohybuje okolo 20 %. Pro dosažení psychoaktivního efektu stačí 1 – 2 kapky smíšené

s cigaretovým tabákem nebo nakapané na cigaretový filtr, z kterých se pak ubalí *joint* (Nožina, 1997).

Účinky kanabinoidů

Mezi účinné látky obsažené v konopí patří tzv. *cannabinoidy*, z nichž psychicky neaktivnější látkou je THC (*tetrahydrocannabinol*). Popsat účinky konopných drog není snadné, účinek THC závisí na množství a frekvenci užívání, a také na fyzických a psychických dispozicích uživatele a prostředí.

Hlavně účinek první intoxikace může být velmi rozdílný; od žádného efektu přes velmi nepříjemné prožitky psychického i fyzického rázu až po výrazný pozitivní efekt s dosažením očekávané euforie, pohody, smíchu a zvýrazněného vnímání okolí (Presl, 1995).

Po kouření nastupuje iniciační fáze (tzv. *nájezd*) téměř bezprostředně (do dvou až pěti minut od počátku inhalace) a odeznívá do 3-5 hodin. Intenzita intoxikace dosahuje svého vrcholu přibližně po patnácti minutách a toto stádium rauše je zároveň považováno za nejpríjemnější část celé intoxikace. Následujících 30-60 minut je intenzita největší, pak začíná relativně prudce klesat. Po požití vstřebání pomalé, nepravidelné, první příznaky se dostavují do 30 minut a vrchol po 1–5 hodinách, je větší pravděpodobnost předávkování. Biologický poločas, je 30 hodin, detekovatelnou v moči 1–30 dní (Minařík, 2008; Miovský a kol., 2008).

Obecně se dá říci, že mezi nejvíce charakteristické účinky se řadí: pocity štěstí, pohody, rozjařenosti, dobré nálady, která může přejít do nezadržitelně dlouhého smíchu, zkreslení vnímání času (čas se vleče, minuta je vnímána jako několik hodin), intenzivnější vnímání smyslových vjemů, sucho v ústech, slabé zmírnění bolesti, občas závrať. Dále také zvýšená srdeční činnost, pozdější snížení tlaku krve, zarudlé oči, zvýšená chuť po jídle a jdou takzvaně „vyluxovat ledničku“ (tzv. *zelený hlad*) (Nožina, 1997; Shapiro, 2005).

Rizika spojená s užíváním kanabinoidů

Psychická závislost vzniká jen velmi zřídka, tělesná závislost nevzniká. Atypický je průběh intoxikace s úzkostným či psychotickým stavem, který může přetrvávat i po odeznění účinků. Může dojít k provokaci latentní duševní poruchy (Minařík, 2008).

Marihuanový kouř obsahuje vysoké koncentrace karcinogenního dehtu a dalších jedů. Kouření marihuany s tabákem může být ještě horší než kouření každé drogy zvlášť. Ukázalo se, že kouření marihuany také oslabuje funkci plic vzdorovat infekcím. Testy otvrdily, že účinné látky z konopí mohou poškodit činnost imunitních buněk v plicích (Shapiro, 2005).

Přestože je toxicita konopí relativně malá a předávkování s letálními následky je prakticky nemožné, zejména konzumace vysokých dávek je mnohdy doprovázena nepříjemnými tělesnými i psychickými prožitky. Nepříznivé reakce mohou mít různé podoby. Nejčastější z nich je pravděpodobně dystrofie s pocity strnulosti, napětí, bezvládností, únavou, brněním, mrazením aj., dále také otupělost a apatie, tělesná bezvládnost, zmatenost a bezmoc a především úzkostná porucha (Mioviský a kol., 2008).

Není popisován jak vzestup tolerance, tak ani odvykací příznaky (Mioviský, 2003a). Při dlouhodobém intenzivním užívání dochází k typickým poruchám paměti, nárůstu apatie, snížení schopnosti provádět plánovitou činnost a ztrátě motivace pro běžné aktivity (Nožina, 1997).

4.5 Opiáty⁸

Jedná se o tlumivé látky s výrazným euforickým efektem. Skupina nese název podle sušené šťávy nezralých makovic (opia). Nejvýznamnějšími produkty jsou alkaloidy morfium a kodein, z polosyntetických a syntetických látek jsou pro adiktologii nejvýznamnější heroin, metadon, buprenorfin a v Čechách také braun s hlavní složkou

⁸ Spolu s ředidly jsou opiáty zcela právem vnímány jako nejnebezpečnější skupina drog, která vyvolává nejrizikovější a společensky nejškodlivější závislost (NMSDDZ, 2007c).

hydrokodonem. Časté je zneužívání opoidních analgetik na lékařský předpis (Minařík, 2008).

Lidstvo zná opojné vlastnosti máku asi šest tisíciletí. Byl pěstován již v dobách starých Sumerů a jejich lékaři opium předepisovali jako prostředek proti celé řadě obtíží. Podrobnější údaje o zneužívání opia však přicházejí až z druhé poloviny prvního tisíciletí před naším letopočtem. Postupně se rozšířil na Dálný východ, do Indie a Číny a z těchto zemí se postupně dovážela do různých částí světa (Nožina, 1997).

Charakteristika opiátů

Název opium pochází z řeckého *opos* = „šťáva“. Opium je získáváno z máku odrůdy *Papaver somniferum album*. Je to odolná jednoletá rostlina, kvete asi po devadesáti dnech, po opadání okvětních plátků se objeví malá kulatá zelená tobolka, která obsahuje opium. Sklizeň začíná nařiznutím každé makovice nožem, aby vytékala lepkavá opiová šťáva, která se po zaschnutí seškrabává z povrchu makovice. Surové opium se vaří (místní obyvatelé ho kouří v této podobě), jinak proces pokračuje přidáním hydroxidu vápenatého a chloridu amonného, a opakovaným zahříváním a chlazením směsi vzniká morfin. Výroba heroínu z morfinu vyžaduje další chemické a opětovné zahřívání (Shapiro, 2005).

Morfin

Roku 1903 se podařilo paderbornskému lékárníkovi F.W.A. Serturnerovi získat z opia bezbarvý krystalický prášek, který nazval podle boha snu a syna spánku *Morphin* (nebo *morfium*). Morfin se v opiu vyskytuje v koncentraci od 4 do 21 %. Je bez zápachu, chutná hořce a časem tmavne. Je značně účinný při tišení bolestí. Záhy se ukázalo, že nová látka vykazuje vedle léčebných účinků i vysokou návykovost (Nožina, 1997).

Kodein

Neboli *metylmorfin*, je přírodní derivát opia. Poprvé byl izolován v roce 1832 P. J. Robiquetem jako nečistota vyskytující se ve várce morfinu. V surovém opiu se tento alkaloid nachází v koncentraci od 0,7 do 2,5 %. Ve srovnání s morfiem má kodein o něco slabší účinek analgetický, sedativní a méně omezuje respirační funkce (Nožina, 1997).

Heroin (háčko, héro, herák, ejč, kůň, šmak)

Heroin je bezesporu nejvýznamnějším zástupcem opiátů. Poprvé byl syntetizován v roce 1874 anglickým chemikem S. R. Wrightem. Na základě varovných příznaků zanechal Angličan dalšího výzkumu. Zatajením svých objevů pozdržel vývoj o dvacet let. Před koncem 19. století němec Heinrich Dreser došel k závěrům, že preparát je zázračný lék! Jeho průmyslovou výrobu pod názvem *Heroin (diacetylmorfin)*, byl doporučován proti dýchacím potížím u pacientů trpících astmatem a tuberkulózou. Vedle toho byl podáván jako protilék při symptomech morfinové závislosti (morfinismu). Heroin ve skutečnosti vytvářel daleko vážnější a hlubší návyk. Záhy jeho užívání bylo zakázáno (Nožina, 1997).

Nejčastější a nejrizikovější je aplikace nitrožilní, možné je taktéž vpichování pod kůži nebo do svalu. Dalším způsobem užívání je inhalace kouře nebo šňupání. Účinek heroinu se dostavuje ihned po aplikaci (4 – 10 sekund) a trvá 6 – 8 hodin (Minařík, 2003b).

Opiáty jako heroin jsou mohutně působící analgetika. Mezi typické účinky heroinu a opiátů obecně patří: celkový útlum organismu (hlavně dýchání a tlumení bolesti), uvolnění, úleva od starostí, ihned po aplikaci slastné pocity, euforie. Dále dochází k ospalosti, celkové strnulosti, netečnosti. K somatickým účinkům se řadí snížení tělesné teploty, svědění, stažení zornic, nevolnost, těžká zácpa (Shapiro, 2005; Minařík, 2008).

Hydrokodon („braun“)⁹

Chemicky patří mezi polosyntetické oioidy. Je to specificky česká droga, vyrábí se v domácích laboratořích z léčiv obsahující kodein. Výsledný produkt je tekutina hnědé barvy, která se aplikuje nitrožilně. Má poněkud nižší potenciál pro závislost než heroin. Účinky jsou podobné jako u heroinu a opioidů obecně. V 90. letech byl z české drogové scény prakticky vytěsněn heroinem (Shapiro, 2005).

⁹ Na nezákonném trhu s drogami se vyskytuje ve dvou hlavních formách: hnědý heroin („brown sugar“) a bílý heroin („white dust“) (Minařík, 2003b).

Metadon

Je syntetický opioid, chemicky není odvozen od morfinu. Účinek nastupuje pomalu, vyvolává jen minimální euforii. Vzhledem k jeho dlouhému eliminačnímu poločasu, je užíván a vyráběn pouze pro medicínské účely v substituční léčbě (Minařík, 2008).

Buprenorfin (Subtex)

Syntetický opioid, odvozen od narovinu, má účinek nástupu během 1-2 hodin po sublingválním podání. Vyvolává minimální euforii a jeho poločas eliminace je cca 20-25 hodin, umožňuje tedy substituční léčbu s bezpečným dávkováním po 48 hodinách. Stejně jako metadon se vyrábí pouze pro medicínské účely v substituční léčbě (Minařík, 2008).

Tolerance a rizika spojená s užíváním opiátů

Mezi deriváty opia se heroin vyznačuje nejvyšší návykovostí. Při nitrožilní aplikaci u něj vzniká návyk již po několika málo dávkách (odborné materiály uvádějí 5-7 dávek) (Nožina, 1997). Opakované užívání zpravidla vede po dvou až třech týdnech k toleranci, takže k dosažení stejného účinku je nezbytné zvýšit dávku. S vývojem tolerance (a úbytkem peněz) se projeví tendence přecházet od šňupání ke kouření heroinu k injekcím (Shapiro, 2005).

Hlavním rizikem je jejich charakteristická malá terapeutická šíře; je malý rozdíl mezi dávkou účinnou a smrtelnou. To bývá častou příčinou předávkování – stačí jen zvýšení kvality látky a z dávky se může stát dávka smrtelná. Příčinou předávkování může být také proces tolerance po dobrovolné či nedobrovolné detoxifikaci. Heroin, morfin, braun mají eliminační poločas řádově v hodinách, odvykací stav se objeví již během prvního dne po vysazení, vrcholí 3- 4 den, po týdnu obvykle z větší části odezní. Metadon a buprenorfin mají eliminační poločas řádově v desítkách hodin až dnech a odvykací stav se objevuje až 2. či 3. den po vysazení, vrcholí po týdnu, odeznívá po 14 dnech (Minařík, 2008).

4.6 Stimulační drogy

Stimulační drogy jsou látky s převažujícím budivým efektem na centrální nervový systém. Tyto látky zvyšují psychomotorické tempo a bdělost především urychlením myšlení. Zahánějí spánek, odstraňují únavu, vyvolávají velmi příjemný pocit síly (duševní i tělesné) a energie. Snižují také chuť k jídlu. K nejčastěji zneužívaným látkám z této skupiny patří synteticky vyrobený pervitin (metamfetamin), amfetamin, efedrin a přírodní látka kokain (Kalina, 2003).

Stimulační drogy (taktéž označovány jako *psychostimulancia* nebo jen *stimulancia*) jsou pro své silně povzbuzující účinky jednou z nejvíce oblíbených skupin drog na světě (Presl, 1995).

Typickými zástupci skupiny stimulačních drog jsou amfetaminy a jejich deriváty, např. pervitin (*metamfetamin*); efedrin (vstupní produkt pro výrobu pervitinu) a tzv. kokainové drogy (koka, kokain, crack) a mezi zástupce stimulačních drog ještě patří extáze (ecstasy, MDMA). Zábranský (2003) nebo Kachlík (2003) uvádějí, že extáze a další tzv. „taneční drogy“ stojí někde na pomezí mezi stimulancii a halucinogeny. Přikláníme se k druhé variantě a *Tanečním drogám* věnujeme samostatnou kapitolu, už vzhledem k oblibě této drogy mezi uživateli.

Skupina stimulancií se dá, rozdělit na přírodní, kam se řadí kokain, crack a kata, a synteticky vyrobené, pervitin a amfetaminy, MDMA.

Charakteristika stimulantů

Stimulancia označují rozsáhlou skupinu různorodých látek, které vyvolávají tělesné a duševní povzbuzení organismu, a proto jsou někdy nazývány jako tzv. životabudiče.

Vyšší dávky užití buď jednorázově, nebo kumulativně mohou mít halucinogenní efekt. Mechanismus účinku spočívá ve zvýšení hladiny biogenních aminů – dopaminu, noradrenalinu, některá i serotoninu na synapsích CNS. Látky zvyšují různými mechanismy koncentraci mediátorů v synaptické štěrbině a zvyšují přenos signálu na postsynaptický neuron. V ČR je nejčastěji užívanou psychostimulační látkou metamfetamin. Odhad počtu problémových uživatelů metamfetamin činí 20,5 tisíce.

Ve většině evropských zemí převládá nad metamfetaminem amfetamin (Minařík, 2008).

Obecně se dají jejich účinky popsat následovně: vyvolání euforie, „zlepšení“ nálady, celkové zrychlení psychických procesů (na úkor jejich přesnosti), urychlené myšlení, zvýšení sebevědomí, uvolnění zábran, zvýšená schopnost vcítit se do pocitů druhých (empatie), potlačení únavy a pocitu hladu. Mezi účinky somatického charakteru patří zejména motorický neklid (typická je tzv. „vykroucenost“), zvýšení krevního tlaku, tepu a výrazné rozšíření zorniček (Kachlík, 2003; Minařík, 2008; Nožina, 1997).

Amfetaminy

Jedná se o jednoduché sloučeniny, známé též jako tzv. „budivé aminy“. Amfetamin byl syntetizován v roce 1887. Dříve se užíval k léčbě narkolepsie a dětské hyperkineze. Dnes je předepisován jen ve vzácných případech (Nožina, 1997).

Uživatelům se droga nabízí hlavně v podobě šedavého nebo růžového prášku, obvykle v malém papírovém psaníčku. V práškové podobě se může polykat (často s alkoholem), natáhnout nosem, nebo rozpustit do injekce. Nelegálně vyráběný amfetamin často poměrně silně páchne, zpravidla „rybinou“ (Shapiro, 2005).

Závislost na amfetaminech se rozvíjí velmi rychle. Shapiro (2005) upřesňuje, že dokonce i po malých dávkách, pokud se užívají pravidelně, může se rozvinout výrazná psychická závislost, protože droga navozuje pocity pohody, sebevědomí a energie.

„Zatímco předepisovaná dávka činí 2,5-15 mg denně, toxikomani si v průběhu svých sezení injikují po 2-3 hodinách až 1000 mg . Proto se může dostavit toxická psychóza. Toxický syndrom vyvolaný amfetaminy je charakterizován hlubokými změnami v chování a psychotickými epizodami se sluchovými, vizuálními a hmatovými halucinacemi. Ty mohou být spojeny s pocity paniky nebo agrese a nutkáním k bizardnímu a násilnému chování.“ (Nožina, 1997).

Pervitin – metamfetamin (péčko, piko, perník, peří, ice¹⁰, crystal)

Je tradiční česká syntetická droga, která je však mylně považována za český vynález. Poprvé byla syntetizována roku 1888 v Japonsku a na západ se dostala až v roce 1929. Za 2. světové války byl pak pervitin používán japonskými piloty kamikadze a německými parašutisty. Čeští toxikomani však dokázali pervitin znovu objevit a jeho výrobu vyvinout v podmínkách domácích laboratoří. Jako vstupní produkt pro výrobu pervitinu slouží stimulační látka, *efedrin*, který lze získat z různých kompozitních léků nebo z chvojníku (*Ephedra vulgaris*), rostliny vyskytující se v jižních oblastech Slovenska a pěstované v botanických zahradách (Nožina, 1997).

Pervitin se vyskytuje ve formě bílé krystalické látky, vyráběné z efedrinu. Pro jeho výrobu se používá jako vstupní produkt jiná stimulační látka efedrin nebo pseudoefedrin, jež se získává z preskripčních i volně prodejných léků (Zábranský, 2003).

Aplikuje se buď šňupáním, inhalováním (vdechováním výparu uvolňujících se zahříváním látky) nebo nejčastěji nitrožilně (rozpuštěním krystalů ve vodě a vpichem do žíly) (Shapiro, 2005).

Pervitin bývá vyhledáván hlavně pro jeho euforizující účinky. „Dochází k celkovému povzbuzení, odstranění únavy, pocitu zlepšené psychické a fyzické výkonnosti, celkovému zrychlení psychických procesů a nabídky představ, euforizaci, zvýšené empatii, uvolnění zábran.“ (Nožina, 1997). Účinek nastupuje bezprostředně po vykouření nebo vstříknutí drogy do žíly. Uživatel zažívá intenzivní myšlenkový trysk, který trvá jen několik minut a bývá popisován jako velmi příjemný. Šňupání nebo perorální užití způsobuje euforii – příjemný, ale ne tak intenzivní pocit (Shapiro, 2005).

Mráкотné stavy s poruchami vnímání, např. pocit vnímání hmyzu, prachu, šupin, neklid, agresivita s pocitem pronásledování, poruchy nálady se skleslostí přetrvávající týdny. Jindy vzniká úzkost, napětí a únava, které vyúsťují do stavu deprese a apatie, končícího často sebevraždou. Jindy se naopak objevuje agresivní chování, připomínající stav při schizofrenii (Riesel, 1999). K typickým známkám intoxikace patří zrychlený tep,

¹⁰ Ice“ je forma pervitinu určená ke kouření, jeho základem je metamfetamin v krystalické podobě. Je oblíbená hlavně v USA. Účinky jsou stejné jako u zneužívání pervitinu (Shapiro, 2005).

dech, rozšířené zornice, bledost, pocení, člověk je neklidný, objevují se halucinace. Po odeznívání účinku (tzv. dojezd) se dostavuje pocit deprese, únavy, ospalosti (Nešpor a kol, 1999).

Podle Kaliny (2003) je riziko vzniku závislosti velké, i když trochu nižší než u kokainu. Není sice přítomná fyzická závislost, ale rychle vzniká návyk psychický a vzrůstá tolerance k užívané látce. Při časté intoxikaci nebo užití velmi vysoké dávky se rozvíjí toxická psychóza tzv. „stíha“. Podle Riesela (1999) se při zneužívání pervitinu mohou vyskytnout častá mozková krvácení, smrtelné infarkty myokardu, pocení, úbytek na váze, poruchy spánku a močení, poruchy štítné žlázy. Při déletrvajícím šňupání dochází k poškození nosní přepážky až k jejímu zborcení (Zábranský, 2003).

Kokain a crack

Kokain (hydrochlorid kokainu) se získává ze surových lístků keře koky (*Erythroxylon coca*), který se pěstuje v jihoamerických Andách, na území států Peru, Bolívie, Kolumbie a Ekvádoru. Chemicky čistý kokain byl poprvé izolován roku 1860 v Německu Albertem Niemannem. Poté byl používán hojně v medicíně jako anestetikum pro místní umrtvení. Vrcholu své popularity dosáhl v 80. letech v USA, kde byl hojně zneužíván tzv. „lepší“ společností (Presl, 1995).

Tato látka je od samého počátku považována za drogu „vyšších vrstev“ a od počátku minulého století rovněž za drogu prostitutek. Nejčastějším způsobem zneužívání je šňupání, možná je i nitrožilní aplikace injekcí. Postupem času se objevila také kuřácká verze drogy známa jako crack. Crack je označení vysoce koncentrovaného kokainu smíchaného s jedlou sodou a vodou (Nešpor, 2003).

Jak uvádí Kalina (2003), účinky se dostaví za několik vteřin a trvají poměrně krátce, již po 30 minutách ustupují. Pocity při prvním užití drogy mohou být i nepříjemné (objevuje se srdeční slabost, třes rukou, mrazení) až teprve opakované užívání vede k euforii. Kokain celkově povzbuzuje nervový systém a zvýšené sebevědomí. Intoxikovaný je veselý, družný, má příjemné halucinace, touhu po pohybu a zvýšeném výkonu. Dostavuje se pocit euforie, zdůrazňováno je hlavně zvyšování sexuálního pudu spolu se snížením skutečné potence u mužů a nymfomanickému chování u žen.

S užíváním stoupá riziko vzniku srdečních a mozkových příhod. Šňupání vede často k nenávratnému poškození nosní sliznice (postižení či ztráta čichu je pravidlem). K viditelným příznakům užití kokainu rozšířené zornice, výtok z nosu, pocení, bledost, později chraplavý hlas, kašel, zácpa, ztráta váhy. Vyskytují se toxické psychózy (typické jsou pocity a vidění hmyzu lezoucího po těle). Při akutní otravě se objevují křeče, slábne krevní oběh, stoupá teplota a otrávený nakonec kolabuje a umírá v důsledku ochrnutí dýchacího centra (Nešpor a kol., 1999; Kalina 2003).

Crack je slangové označení pro hydrochlorid kokainu, který je při výrobě cracku zpět přeměněn na tzv. *volnou bázi*, a tak se nejedná o novou drogu. Je prodáván ve formě bělavých krystalků, které se nešňupou, ale kouří v dýmkách nebo cigaretách ve směsi s tabákem nebo marihuanou. Taktéž je možná inhalace kouře, který vzniká spalováním cracku na alobalu. Užívání cracku je jednou z nejrychlejších metod, jak dostat do mozku velké množství kokainu. Účinek cracku dosahuje vrcholu během 30 – 60 minut po požití a ustupuje zhruba po další hodině. Crack je pro svou cenovou přístupnost zneužíván především mezi sociálně slabými skupinami, kde představuje stále narůstající problém, a to zejména pro jeho mimořádně vysokou návykovost (Nožina, 1997).

Káta

Kata jedlá je strom (*Catha edulus*), ze kterého se žvýkají listy, podobně jako u koky. Je rozšířená především v Arábii. Účinek je podobný jako u konopí. V České republice není zneužívání této drogy rozšířeno.

Závislost a rizika spojená s užíváním stimulancií

Stimulancia vyvolávají vysokou psychickou závislost (u kokainu je vůbec nejsilnější). Typický je rychlý vzestup tolerance až k psychotickým dávkám, což vede k charakteristickému rysu dlouhodobého zneužívání stimulancií, čímž je *toxická psychóza*. Ta se projevuje paranoidně-halucinatorním syndromem, tzv. „stíhou“. Postižený trpí pocity pronásledování, což může vést k agresivitě až sebevraždě. Brání stimulačních drog představuje ohromnou zátěž na kardiovaskulární systém, kdy stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Šňupání kokainu s sebou často nese již nevratné poškození nosní sliznice, zatímco intravenózní aplikace pervitinu s sebou nese, kromě

místních infekcí, riziko nákazy virovou hepatitidou a HIV (Minařík, 2003a; Minařík, 2004d).

4.7 Taneční drogy¹¹

Pod pojmem „taneční drogy“ rozumíme extázi (ecstasy). Patří do skupiny halucinogenních amfetaminů, protože se její účinky podobají směsi LSD a amfetaminu, i když je extáze v normálních dávkách halucinogenní jen zřídka. Mezi ostatní drogy příbuzné MDA patří MDEA, MMDA, MBDB, MEDA a 2CB, které jsou podobně jako extáze vyráběny z olejů pocházejících z přírodních zdrojů, jako je muškát, šafrán nebo sassafras (Shapiro, 2005).

Rozšíření extáze je úzce spojeno s určitým druhem společenských příležitostí, při nichž je užívá zejména mládež. Původně se stoupenci požitků z extáze setkávali na *makeshift* diskotékách, nejčastěji v opuštěných domech na městských předměstích, aby zde poslouchali tzv. *acid music*, typ hudby vyznačující se sugestivním, neustále se opakujícím rytmem (Nožina, 1997).

Charakteristika tanečních drog

Extáze (*ecstasy* – *XTC*, *MDMA*) je syntetický produkt derivovaný z amfetaminu, který vyvolává zvýšenou citlivost a vnímavost (chemicky *3,4-metylen-dioxy-N-metyl-metamfetamin*). Její zařazení je problematické a jak již bylo řečeno, je na hranici mezi stimulanty a halucinogeny.

MDMA byla syntetizována firmou Merc roku 1912 jako lék na hubnutí. O novou drogu však ostatní projevili jen malý zájem a byla tak zapomenuta až do roku 1939, kdy ji vědci testovali na zvířatech v rámci výzkumu adrenalinu. MDMA (a ostatní příbuzné drogy) neúspěšně testovala americká armáda v rámci výzkumů pro studenou válku jako takzvané „drogy pravdy“ používané při výsleších nepřátelských agentů. Skutečným tvůrcem moderního fenoménu MDMA však byl vědec společnosti Dow Chemicals jménem dr. Alexander Sulgin (Shapiro, 2005).

¹¹ E, éčko X, Adam, XTC, M&M a velké množství dalších jmen odvozených od vzhledu a barvy tablet a od značek, které jsou na nich vytlačeny, jako Calvin Klein, Mitsubishi, Motorola, Nike a řada dalších.

Účinky tanečních drog

V popisech účinků extáze, jejího složení se vyskytuje řada odlišností. Dokonce i chemická struktura je v některých publikacích uváděna různě. Problém spočívá v tom, že derivátů amfetaminu jako základní drogy existuje celá řada. Na černém trhu se pak objevují tyto deriváty v různých podobách a jsou často vydávány za to, co je právě nejvíce žádáno. Tento fenomén se vyskytuje v celé Evropě; jde o tzv. *fake extasy*. Prodejci vycházejí z prostě skutečnosti, že řada potencionálních experimentátorů vůbec neví, jaký je skutečný účinek MDMA, co tedy mohou očekávat. Mnohdy se jedná o pouhý derivát efedrinu apod. (Nožina, 1997).

Extáze je účinná v jedné dávce kolem 75-100 mg. Účinky nastupují za dvacet až šedesát minut a mohou trvat několik hodin. Stejně jako u mnoha jiných drog cítí uživatel extázi, a to pozitivní, tak negativní. Účinek závisí na náladě, kterou měl uživatel před spolknutím drogy, na jeho očekávání a na přátelskosti nebo jiném postoji jeho nejbližšího okolí (Shapiro, 2005).

Dostavuje se pocit příjemného tělesného tepla spolu s uvědoměním si nástupu účinku – prohlubování vzájemného porozumění, schopnosti vcítit se do problémů druhého, solidarity a pocitů radosti.¹² Tento efekt se asi po dobu dvou hodin prosazuje ve fázi označované *rush* („jízda“). Pak nastupuje zklidnění s příjemným prožíváním, trvající několik hodin¹³ (Nožina, 1997).

Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří nevolnost, zvracení při nástupu účinku; zvýšené napětí kosterního svalstva; u mužů může klesnout schopnost erekce a oddaluje se ejakulace; nechutenství, snížená potřeba spánku, pocení, sucho v ústech; sympatomimetické účinky (tachykardie, hypertenze, mydriáza, pocení, bolesti hlavy). Druhý den po požití extáze se většinou dostavuje kocovina v podobě únavy, bolesti svalů a kloubů, 2-3 den po odeznění intoxikace se typicky dostavuje zhoršení nálady (Minařík, 2008).

Závislost a rizika spojená s užíváním tanečních drog

¹² Pocity empatie, lásky, zvyšuje se komunikativnost a potřeba dotýkat se. To vše je ještě umocněno ve skupině či v davu.

Somatické příznaky jsou následující: zrychlený tep, vzestup teploty, pocení, rozšíření zornic a napětí žvýkacích svalů. trvá v rozmezí 6 – 8 hodin (Minařík, 2004g).

¹³ V rozmezí 6 – 8 hodin (Minařík, 2008)

Hypertermie, zvláště při užití MDMA na celonoční párty, souvisí s řadou vážných až smrtelných zdravotních komplikací – uvolnění myoglobinu z poškozeného kosterního svalstva, poškození ledvin (rabdomyolýza, rozvoj diseminované intravaskulární koagulace, jaterní selhání. Pocení na tanečních akcích vede k velkým ztrátám sodíku. Ztráty doplněné příjmem čisté vody mohou vézt k rozvoji hyponatrémie. Teratogenním účinkem – pravděpodobnost výskytu vrozených vad je při užívání MDMA matkou několika násobně vyšší (Minařík, 2008).

Látky této skupiny mohou vyvolat psychickou závislost. Ta je podobná jako při užívání pervitinu, je však mnohem slabší. Somatická závislost se nevyskytuje (Minařík, 2008). Spíše dochází k návyku na určitý životní styl spojený s braním drogy (život „od párty k párty“).¹⁴ Jako každá stimulační droga, i extáze má schopnost vyvolat vysoce nebezpečný stav toxické psychózy („stíhu“). Zde pak může dojít k naprosto nepředvídatelným událostem včetně ohrožení sama sebe i okolí (Nožina, 1997).

4.8 Tabák

Domovem tabáku je americký kontinent, tamní obyvatelé tabák rituálně užívali. Do Evropy byl přivezen až v roce 1492 (Kryštofem Kolumbem pozn. autora). Jedná se o jednoletou, 1-2 metry vysokou bylinu (Minařík, 2008). Pěstuje se ve více než 125 zemích na ploše víc než 4 miliony hektarů půdy, ze které leží třetina v Číně. Od šedesátých let se hlavní procento produkce přesunulo z Ameriky do Asie a Afriky. Surové listy rostliny se suší, krájí a pak se balí do cigaret nebo doutníků či se prodávají jako dýmkový, žvýkací nebo šňupací tabák (Shapiro, 2005).

Tabák je rozšířen po celé planetě. V ČR kouří asi 30 % lidí ve věku nad 15 let¹⁵, v ostatních zemích EU je podíl kuřáků podobný nebo nižší. Celosvětově nyní umírají ročně 4 miliony lidí – a v ČR 23 tisíc každý rok – v důsledku nemocí způsobených tabákem. Z tohoto pohledu patří tabák mezi drogy s nejvyšší mírou rizika (Minařík, 2008).

¹⁴ K účinkům extáze se vyvíjí tolerance, takže pravidelní uživatelé mohou být nuceni brát vyšší dávky, aby dosáhli kýženého efektu. Nevyskytuje se žádná tělesná závislost nebo abstinenční příznaky heroinového typu. Někteří uživatelé se však mohou stát psychicky závislí na užívání drogy i na celkovém zážitku z dance party (Shapiro, 2005).

¹⁵ Prevalence kouření v české populaci je značně vysoká, a to jak mezi dospělými, tak i mezi dětmi a mládeží. (NMSDDZ, 2008).

Charakteristika tabáku

Tabák je rostlina, která se vyskytuje ve dvou druzích - *Nicotiana tabacum* a *Nicotiana rustica*. Kromě nikotinu obsahuje tabákový kouř kolem 4000 různých plynů a částic včetně „dehtu“, směsi mnoha chemických látek, který je velmi nebezpečný pro plíce. Mezi nebezpečné plyny z tabákového kouře patří oxidy dusíku, oxid uhelnatý a kyanid. V tabákovém kouři se také vyskytuje více než čtyřicet karcinogenů¹⁶ (Shapiro, 2005).

Účinky tabáku

Účinky tabáku nastupují velmi krátce po užití, a to díky rychlému vstřebávání v plicních sklípcích. Rychlost nástupu účinku se rovná intravenózní aplikaci, poněvadž vstřebávání v plicích je velmi rychlé (Minařík, 2004b).

Nikotin zvyšuje bdělost, soustředěnost a paměť. Potlačuje podrážděnost a agresivitu. Snižuje chuť k jídlu a brání přírůstkům tělesné hmotnosti (Minařík, 2008). U nezkušených jedinců, neboli těch, kdo nemají vyvinutou toleranci, probíhá intoxikace tabákem jako poměrně nepříjemný stav spojený s bolestí hlavy a závratí, studeným potem, nevolností a zvracením. Tento stav bývá doprovázen celkovou zemdlelostí a zúžením zornic. Velmi vysoké dávky vedou ke změněnému stavu vědomí a tzv. cyanose (modré zabarvení kůže a sliznic způsobené nedostatečným okysličením periferní krve), zvyšuje se tep, dochází k silnému pocení, ztrátě vědomí a křečím. U pravidelných kuřáků příznaky spojené s akutní otravou chybějí nebo se vyskytují jen v mírné míře (Minařík, 2004b).

Závislost na tabáku

Nejvýznamnějším aspektem kouření je nebezpečí závislosti a pravidelného užívání. Na celém světě je více pravidelných kuřáků než uživatelů jakékoliv jiné drogy (Shapiro, 2005). Na tabák vzniká poměrně rychle návyk. Pro tabák je však velmi typické, že složka psychosociální výrazně převažuje nad složkou toxikomanickou, ta převládá až po určité době (Králíková, 2003; Honej, 2007). Fyzická závislost na nikotinu vzniká při dlouhodobém užívání a v našich podmínkách se vyskytuje u 60 – 70 % kuřáků.

¹⁶ Tabákový kouř obsahuje ještě celou řadu toxických látek, jako například: kyanovodík, amoniak, metan a sirovodík (Kachlík, 2003).

Snadnost či rychlost, s jakou k tomu dojde, je dána geneticky - stavbou nikotinových (acetylcholin-nikotinových) receptorů v mozku a dalšími vrozenými dispozicemi (Kachlík, 2003; Honej 2007).

Odvykání kouření stejně jako i léčba závislosti je věcí dlouhodobou a většinou nelze přestat ze dne na den. Kuřák si musí především přát přestat kouřit a rozhodnout se sám k aktivní změně, což znamená naučit se nekouřit, stejně jako se před časem učil kouřit. To může řádově trvat měsíce či léta, průměrné období problémů bývají tři měsíce, kdy se také odehraje většina relapsů, tedy návratů ke kouření (Honej, 2007).

Odvykací stav začíná obvykle 24 hodin po poslední dávce nikotinu, některé z příznaků přetrvávají ještě po týdnech až měsících po užití poslední dávky nikotinu. Doprovází je podrážděnost, netrpělivost, poruchy soustředění, depresivní symptomatologie, úzkost, neklid. Přetrvávajícími symptomy bývají poruchy spánku a zvýšená chuť k jídlu, hlavně na sladké (Minařík, 2008).

Rizika spojená s užíváním tabáku

Rozvíjí se tělesná a psychická závislost. Dochází k postižení koronárních tepen, vznikají nádory plic a další vážná tělesná onemocnění. Somatická onemocnění způsobená tabákem vedou s pravděpodobností asi 1:2 k úmrtí uživatele (Minařík, 2008)

Čím více člověk kouří, tím je pravděpodobnější, že bude trpět poruchami srdeční činnosti, tvorbou krevních sraženin, infarkty, infekcemi plic, mozkovými mrtvicemi, chorobami dýchacích cest, poruchami krevního oběhu, rakovinou plic, ústní dutiny nebo hrdla, vředy. Jen málokdo prodělá všechny tyto choroby, ale každý kuřák je k nim náchylnější (Shapiro, 2005).

Shapiro (2005) dále uvádí, že nejčastější chorobou spjatou s kouřením je rakovina plic. Riziko nevratného poškození plic vzrůstá s počtem cigaret vykouřených denně, počtem kuřáckých let a je také tím vyšší, čím je nižší věk, ve kterém kuřák se svým zvykem začal. I když je rakovina plic zvláště v očích veřejnosti nejčastěji spjatá s kouřením, není to ve skutečnosti největší ze smrtelných příčin vyplívajících z kouření. Kouření ve skutečnosti po celém světě zabíjí víc lidí prostřednictvím kardiovaskulárních chorob než

kvůli rakovině. Více než třetina z téměř pěti milionů světových úmrtí spojené s kouřením jde na vrub chorob srdce a cév.

Samotný tabák v běžných dávkách nevyvolává euforické stavy, spíše uklidňuje či mírně stimuluje. Po kouření tabáku je nápadná touha po jídle, příznivý vliv má tabák na ranní defekaci a na nepříjemné spasmatické stavy v trávicím ústrojí. Kouření odvádí pozornost, což při duševní práci může znamenat toužený odpočinek, relaxaci. Důležité je také zmínit, že požitek z kouření tabáku také z velké části ovlivňuje pozorování kouře (Honej, 2007).

Mezi chronické následky dlouhodobého kouření patří zejména: poškození dýchacích cest, zejména průdušek a plic, kdy se jedná se hlavně o recidivující záněty horních cest dýchacích a zhoubné nádory, končící rakovinou plic. Vážná jsou také kardiovaskulární onemocnění, zejména infarkty myokardu a špatné zásobením dolních končetin krví při chůzi (Minařík, 2004b).

Smrtelné předávkování není časté, nastane spíše po vypití tabákového odvaru. Kromě klasické symptomatologie se objevuje cyanóza, tachykardie a síňová fibrilace, ztráta vědomí (Minařík, 2008).

4.9 Těkavé látky

Inhalanty jsou těkavé chemické látky, vyráběné jak pro obchodní, tak i pro lékařské užití. Ve většině případů se jedná o hydrokarbony (Nožina, 1997). Těkavé látky jsou užívány častěji jako doplňková droga při nedostatku drogy primární, setkáváme se s nimi také jako s drogou iniciační. Významné je, že první experimenty s těkavými látkami obvykle probíhají okolo 13. – 15. roku věku¹⁷ (Minařík, 2008).

Jedná se o nejnebezpečnější skupinu látek, rozhodně více nebezpečnou než „běžné tvrdé“ drogy, jakými jsou kokain, pervitin nebo heroin. To je dáno především tím, že snadno dochází k předávkování, které končí smrtí (Minařík, 2004c).

¹⁷ Podle NMSDDZ (2007c) se jedná o skupinu látek, jejichž zneužívání je velmi nebezpečné a bohužel také značně podceňované.

Charakteristika těkavých látek

Jsou to chemické látky, alifatické, cyklické, aromatické uhlovodíky. Jejich vlastností je, že rozpouštějí tuky a lipoidní látky, mají narkotický účinek. Efekt je zprostředkován narušením fluidity buněčné membrány (Minařík, 2008).

Tyler (2000) označuje termínem „těkavé látky“ takové substance, které se při pokojové teplotě volně odpařují, přičemž vznikají výpary, které se dají vdechovat, přesněji řečeno inhalují se ústy a nosem. Proto se také někdy používá termínu *inhalační drogy*. Mezi takové látky patří organická rozpouštědla, ředidla, lepidla, ale i některé plynné látky¹⁸.

Minařík (2004c) rozlišuje následující inhalační drogy:

- **Toulen** – v současné době se jedná o nejrozšířenějšího zástupce těkavých látek u nás. Používá se jako rozpouštědlo a ředidlo zejména barev a laků;
- **Trichlorethylen** – jedovatá kapalina sloužící zejména jako všestranné rozpouštědlo. Trichlorethylen byl součástí čistícího prostředku Čikuli, který začali školáci houfně zneužívat poté, co byli před jeho čicháním varováni v televizi;
- **Aceton** – používá se k ředění barev a je běžně k dostání v drogeriích;
- **Chemopren** – jedno z nejvíce oblíbených, běžně dostupných lepidel;
- **Éter** – rozpouštědlo tuků a olejů, dříve používané k narkózám a v souvislosti s tím i zneužívané;
- **Benzin**;
- **Rajský plyn** – smíšen s kyslíkem vyvolává krátce po vdechnutí opojný bezbolestný stav. Používá se ke krátkodobým narkózám. Většinou se inhaluje z tlakových lahvíček pro výrobu šlehačky nebo se vdechuje z nafukovacích balónků.

¹⁸ Dnes sem patří více než sto komerčně dostupných výrobků, např. plyn do zapalovače, lepidla, kaučukové tmely, tekutina na opravy strojopisu, odlakovač, zvýrazňovače, benzin, barvy, ředidla, čistící prostředky, aerosoly, náplně do hasicích přístrojů a dokonce i tekutiny, které se používají jako náplň do lamp pro aromaterapii. (Tyler, 2000)

Účinky těkavých látek

Těkavé látky jsou především charakteristické svým narkotickým, tedy tlumivým účinkem. Užívají se inhalací přímo z láhve nebo vdechováním výparů (*sniffing*), např. z napuštěné tkaniny nebo pro zesílení účinku také z igelitového sáčku (Minařík 2004c).

Vdechované výpary rozpouštědel se vstřebávají v plicích a rychle pronikají k mozku (Shapiro, 2005). Účinek po vdechnutí je téměř okamžitý. Někdy může přetrvávat i několik hodin. Jeho intenzita závisí na absorbovaném množství a typu látky a také na subjektivních předpokladech uživatele: věku, fyzické, konstituci, frekvenci užívání inhalantů aj. Okamžité psychické účinky lze charakterizovat stavem vzrušení a povznesené nálady. Objevují se obluženost, nepřítomnost duchem, neobvyklé, nekontrolované chování. Kýženým efektem „čichání“ těkavých látek je stav jakéhosi „polospánku“ či „polovědomí“ doprovázeného živými „barevnými“ sny (Nožina, 1997).

Intoxikace se podobá opilosti (Minařík, 2008). Objevují se závratě, zastřené vidění, nevolnost a ospalost (Shapiro, 2005). Dále také poruchy vidění, problémy s artikulací slov, poruchy motorické koordinace, rozšířené zornice, zarudlé oči a nepřítomný pohled (Nožina, 1997).

Účinky čichání rozpouštědel rychle odeznívají, někteří čichači však přidávají další dávky a zůstávají pod jejich vlivem delší dobu (Shapiro, 2005).

Rizika a závislost spojená s užíváním těkavých látek

Těkavé látky vyvolávají velmi silnou psychickou závislost. Čichání těkavých látek je, co se týče rizika okamžitého předávkování či reflexní zástavy dechu a krevního oběhu, jednoznačně nejrizikovější. Na rozdíl od jiných drog totiž při čichání nelze odměřit přesnou dávku. Během inhalace dochází k postupnému „zakalování“ vědomí a dochází-li k dalšímu podávání těkavých látek, pak se spánek mění v kóma a dochází k zástavě dechu a krevního oběhu. Právě takto dochází nejčastěji k úmrtí (Nožina, 1997). O tomto faktu svědčí i skutečnost, že naprostá většina úmrtí u nás prokazatelně spojená s předávkováním drogou není zapříčiněna pervitinem či heroinem, ale toluenem jakožto nejvýznamnějším zástupcem těkavých látek (Presl, 1995).

Dlouhodobější zneužívání vyvolává organický psychosyndrom v souvislosti s poškozením mozku – deteriorace intelektu, afektivní labilita, agresivita, ztráta zájmů, pokles výkonnosti, degradace osobnosti, toxické poškození jater a ledvin, poleptání dýchacích cest (Minařík, 2008).

Toluen se smí v České republice od 15. června 2007 uvádět na trh a do oběhu, pouze pokud není určen k prodeji spotřebitelům (NMSDDZ, 2007c), což by mělo podstatně snížit dostupnost pro uživatele těkavých látek.

4.10 Ostatní drogy

Vzhledem k tomu, že na našem a evropském trhu se vyskytují další dostupné a užívané drogy, uvádíme je pro úplnost v Příloze 5.

5 Shrnutí

Světová zpráva o drogách 2008 vypovídá, že situace na poli drogové problematiky 21. století je během posledních čtyř let víceméně stabilní. Méně než jeden člověk z 20 ve věku 15 – 64 let zkusil za posledních 12 měsíců aspoň jednu drogu. Problémoví uživatelé drog – lidé se silnou drogovou závislostí - tvoří z tohoto nízkého počtu lidí méně než jednu desetinu. Takových lidí je 26 milionů, neboli 4,9 % světové populace, to je přibližně 0,6 % populace světa.

Nejoblíbenější ilegální drogou je konopí (užilo 3,9 % světové populace; roční prevalence), následováno stimulanty amfetaminového typu (užilo 0,6 % světové populace; roční prevalence).

Ve světových statistikách je Evropa na prvním místě ve spotřebě alkoholu. V evropských trendech se na prvních příčkách drží konopí (celoživotní prevalence: 22 % dospělých ve věku 15 – 64 let), následováno skupinou stimulancií (kokain 3,6 %, amfetaminy 3,3 %, extáze 2,8 %; celoživotní prevalence u dospělých) a pak opiáty. Na podobných prevalencích se pohybuje i ČR u konopí a extáze je mezi zeměmi s nejvyšší prevalencí, z legálních drog je to i alkohol.

Drogová problematika u OZP

Pokud bychom chtěli srovnávat prevalenční odhady běžné populace, tak bohužel nejsou dostupná žádná šetření, která by se zabývala abúzem návykových látek u zdravotně postižených osob (OZP).

Dostupná je pouze studie s názvem: *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky*, zaměřené na zneužívání drog. Publikace přináší výsledky dotazníkové studie zaměřené na zneužívání drog. Průzkum prováděl ÚZIS ČR ve spolupráci se společností INRES –SONES, v. o. s. na celostátním vzorku 3 526 respondentů ve věku od 18 do 64 let v roce 2006.

Výše zmíněné šetření se ovšem blíže nezabývá přímo subpopulací OZP. Šetření bylo zaměřeno jednak na sociálně patologické jevy, tedy negativní jevy životního stylu, jako je zneužívání nelegálních drog, pití alkoholu a kouření, ale i celkového zdravotního

stavu, tělesného i duševního zdraví. Zabývá se tedy zdravou populací. Výsledky této studie jsou také zahrnuty vždy do Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR. Ovšem je to nejbližší studie s výsledky v prevalenčních odhadech. Výše zmíněná studie mapuje tedy celou populaci.

Naše dotazníkové šetření má tedy jasně stanovený cíl, a to pokusit se o prevalenční odhady užívání návykových látek u subpopulace OZP.

III. CÍLE, HYPOTÉZY A ÚKOLY

CÍLE

Hlavním cílem práce je určení prevalenčních odhadů užívání návykových látek v populaci zdravotně postižených osob na základě dotazníkového šetření.

Zároveň by mělo okrajově zmapovat postoje zdravotně postižených osob k sledovanému problémovému jevu. Vzhledem k tomu, že studie stejného zaměření nebyla prozatím provedena, výsledky mohou být srovnány nanejvýše s prevalenčními odhady u obecné populace v České republice nebo Evropě.

HYPOTÉZY

Hypotéza H1: *Častějšími uživateli tabáku jsou muži.*

Hypotéza H2: *Příležitostnými konzumenty alkoholu jsou více ženy než muži.*

Hypotéza H3: *Ženy převyšují muže v užívání tlumivých léků (sedativa a tišící prostředky) non lege-artis (bez lékařského předpisu).*

Hypotéza H4: *Užívání kanabinoidů je u souboru OZP nižší než u běžné populace v ČR a Evropě.*

Hypotéza H5: *U mužů se vyskytuje vyšší prevalence užití konopných látek za poslední rok a to jak u souboru OZP, tak běžné dospělé populace v ČR.*

Hypotéza H6: *Prevalence užívání „těžkých“ drog, jako je např. extáze za posledních 12 měsíců i za posledních 30 dní, je u souboru OZP nižší než u běžné populace v ČR a Evropě.*

Hypotéza H7: *Většina respondentů souhlasí s výrokem: „Lidem by mělo být dovoleno užívat hašiš nebo marihuanu.“.*

Hypotéza H8: *Ženy mají zodpovědnější postoje ke zneužívání psychotropních látek než muži.*

ÚKOLY

Stanovené úkoly práce:

- provést literární rešerši odborných písemností a dostupných studií daného tématu;
- stanovit cíle, hypotézy a úkoly práce;
- charakterizovat výběrový soubor OZP;
- vybrat vhodné metody k řešení našeho cíle;
- sestavit dotazníkové šetření nebo vybrat vhodný validní dotazník;
- připravit digitalizaci dotazníku a jeho umístění on-line na webový prostor;
- provést a vyhodnotit pilotní průzkum on-line dotazníku;
- distribuace odkazu na dotazník cílové subpopulaci OZP;
- analyzovat a vyhodnotit výsledky dotazníkového šetření a verifikovat hypotézy;
- vyvodit a zhodnotit závěry našeho šetření a případně stanovit doporučení pro další výzkum.

IV. EMPIRICKÁ ČÁST

6 Metodika

6.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Zkoumanou skupinou byli zdravotně postižené osoby, které splňují „statut“ osoby zdravotně postižené. V úvodu dotazníkového šetření, je proto uvedena definice zdravotně postižené osoby, která vysvětluje tento pojem, a která je závazná pro vyplnění tohoto dotazníku. Definice byla vytvořena mezirezortní skupinou svolávanou na ČSÚ – zastoupeno MZ – ÚZIS, MŠMT – UIV, MPSV, ČSSZ, Vládní výbor pro zdravotně postižené, Národní rada zdravotně postižených atd., kde byly postupně řešeny otázky definice zdravotního postižení. Její konečná verze, kterou uvádí ČSÚ a ÚZIS ve studiích: Výběrové šetření o ZP osobách zní:

„Zdravotně postiženou je osoba, jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“ (ÚZIS, 2006).

Soubor OZP je specifická subpopulace, stejně tak jako je skrytá populace (*hidden populations*) uživatelů psychotropních látek. Pro získání přiměřeně reprezentativního výběrového souboru populace (*representative sample*), byla zvolena technika sněhové koule (*snowball sampling*). Výběr metodou sněhové koule, je technika, která se úspěšně využívá ke studiu skrytých populací, k nimž se je možné jen obtížně dostat prostřednictvím tradičnějších metod, jako jsou populační šetření, institucionální indikátory a výzkumné studie.

Hartnoll (2003) uvádí, že podle provedených projektů v adiktologii a z dalších studií závěrem vyplývá, že výběr technikou sněhové koule neúčinnou metodou k získání subjektů z populací („vzácných“ a „skrytých“) k nimž je jinak obtížný přístup.

Obecná definice, tak ji předkládá Hartnoll (2003) ve své publikaci vytvořené skupinou Pompidou Group:

„Metoda sněhové koule je určena k získávání nových případů na základě procesu postupného nominování dalších osob již známými případy. Vlastní proces výběru začíná u jednoho nebo více jedinců, o nichž se ví, že splňují daná kritéria (např. že jsou „současnými uživateli kokainu). Je s nimi provedeno interview, při němž jsou požádáni, aby „nominovali“ další osoby, které znají a které rovněž splňují příslušná kritéria, a zprostředkovali s těmito osobami kontakt. S těmito „kandidáty“ je následně provedeno interview a celý proces se opakuje. Výběrový soubor se tak rozrůstá prostřednictvím napojení se na sociální kontakty a sítě uživatelů drog, v tomto případě kokainu.“

Sněhová koule sama o sobě je jen technikou získávání výběrového souboru. Mezi výhody této metody patří:

- záměrný výběr (*purposive sampling*) eliminuje potřebu rozsáhlých výběrových souborů využívaných při populačních šetřeních;
- poskytuje výběrový soubor, který je širší a reprezentativnější než institucionální soubory;
- relativně malý výběrový soubor dotazovaných poskytuje základní profil mnohem většího počtu kandidátů a poskytuje množství cenných informací jak o sociálních sítích, tak o jednotlivcích, uvádí dále Hartnoll (2003).

Hartnoll (2003) tedy jednoznačně uvádí, že na základě výběrových souborů získaných metodou sněhové koule, lze získat prevalenční odhady.

Znalost prevalence užívání drog (čili počtu osob, které v daném okamžiku nebo za dané období užívaly drogy) je klíčovým momentem pro hodnocení rozsahu užívání drog ve společnosti, hodnocení úspěšnosti státních intervencí na úrovni celostátní nebo lokální, plánování intervencí a opatření atd.

Užívání drog je jev, který je vnímán jako protispolečenský či stigmatizující a jako takový má přirozenou tendenci se skrývat. Navíc se při zpracovávání této problematiky potýkáme s problémem definice užívání drog a různých stupňů tohoto užívání - (zne)užívání, problémové užívání, injekční užívání, závislost. Provedení prevalenčních odhadů je tedy jedinou reálnou cestou, jak prevalenci kvalifikovaně vyčíslit. Metody

pro provedení těchto odhadů jsou různé v závislosti na zkoumané populaci a druhu drog a způsobů užívání. Patří sem dotazníkové průzkumy, enumerace (výčet, součet) osob z různých zdrojů, multiplikační techniky, nominační techniky, metoda zpětného záchytu (capture-recapture method, CRM) atd. (NMSDDZ, 2007a)

6.2 Dotazník

Dotazníkové šetření bylo zadáváno v elektronické podobě a on-line, data byla ukládána ve znacích, tedy plně anonymně. Konstrukce dotazníku vychází ze dvou validních dotazníků. Dotazník byl distribuován s průvodním dopisem se základními informacemi o šetření a žádostí o spolupráci. Šíření bylo metodou sněhové koule (*Snowball Sampling*), jak je popsáno v předešlé kapitole.

Jak již bylo řečeno, dotazník byl konstruován v digitální podobě, je dostupný on-line a umístěn na: <http://hippo.feld.cvut.cz/dotaznik/>. Dotazník byl uveřejněn na dobu tří měsíců (květen až červenec 2009). Momentálně je dotazník stále přístupný on-line, ale v původní neupravené verzi a data z něj jsou ukládána mimo naše šetření.

Dotazník je plně anonymní a v jeho úvodu je upřesňující definice, která upřesňuje „statut“ OZP, převzatá z dotazníku ČSÚ a ÚZIS ve studiích: *Výběrové šetření o ZP osobách*. Definice byla pro tyto účely speciálně sestavena týmem řešícím výše zmíněnou studii. Více viz následující podkapitola.

Dotazníkový formulář obsahově pokrýval oblast základní charakteristiky zdravotně postižené osoby, údaje o zdravotním postižení, o bydlení a ekonomické situaci. Stěžejní pozornost byla věnována užívání legálních i nelegálních návykových látek a postojovou oblast vztahující se k návykovým látkám.

Celkový počet respondentů činil 562. Z tohoto počtu bylo vyřazeno celkem 27 nedokončených dotazníků, 5 dotazníků s chybnými či záměrně špatně udanými údaji (např. rok narození 1824, dg. Blbost aj.) a 6 dotazníků, v kterých byla kladná odpověď na otázky týkající se relevinu.

Zjištěné údaje byly elektronicky zaznamenány, anonymizovány a následovně statisticky vyhodnoceny.

6.2.1 Charakteristika dotazníku 1

První část našeho dotazníku tvoří původní validní dotazník užívaný ČSÚ a ÚZIS ve studiích: *Výběrové šetření o ZP osobách*¹⁹, jehož cílem je nejen zjistit, jaká je úroveň fyzického a psychického zdraví populace ČR, ale především charakteristiky kvality života a přítomnost zdravotních rizik v chování populace (kouření, užívání návykových látek).

Změny provedené v dotazníku

Původní dotazník obsahoval 19 otázek, z toho 14 otázek uzavřeného charakteru a 5 otázek otevřených. Otázka 8. má čtyři upřesňující podotázky. Z důvodu digitalizace dotazníku a lepšího porozumění kladených otázek, byla otázka 8. Rozložena do pěti samostatných otázek. Vzniklo tak 23 otázek. Několik otázek bylo ovšem vypuštěno a to vzhledem k tomu, že neměly pro naše šetření význam. Dalším důvodem bylo, aby byl dotazník časově méně náročný.

Došlo k vypuštění některých otázek, a to otázky 1. Pořadové číslo lékaře; 2. Pořadové číslo pacienty; 8.1 Rok počátku postižení; 9. Důsledky ZP; 10. Zajištění pomoci; 11. Míra soběstačnosti; 13. Zřizovatel zařízení; 14. Velikost zařízení; 15. Délka pobytu v zařízení; 18. Charakteristika výdělečné činnosti a 19. Délka současné výdělečné činnosti. Vzhledem k zaměření našeho výzkumu, nebyly tato otázky podstatné a dotazník se nám zkrátil. Zkrácení dotazníku může být jedním z mnoha hledisek, které případné respondenty neodradí od vyplnění. Dotazník nyní obsahuje 12 otázek, z toho 8 otázek uzavřeného charakteru a 4 otázky otevřené.

U otázek byly doplněny pokyny k vyplnění a především vysvětlivky objasňující některá znění kladených otázek. U každé otázky byla vytvořena funkce pouze jediné odpovědi.

Obsah dotazníku

1. Základní charakteristiky zdravotně postižené osoby

2. Údaje o zdravotním postižení dané osoby

¹⁹ Usnesením č. 596 ze dne 18. 6. 2003 doplnila vláda ČR Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se ZP o úkol: ČSÚ zajistí koordinaci tvorby statistiky o občanech se ZP. Na základě vyhodnocení pilotního šetření rozhodla vláda ČR usnesením č. 1575 ze dne 7. 12. 2005 provádět ve tříleté periodicitě výběrové šetření o zdravotně postižených.

3. Údaje o bydlení a ekonomická situace postižené osoby

6.2.2 Charakteristika dotazníku 2

Výběrový průzkum zaměřený na problematiku užívání drog vychází z dotazníku EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; <http://www.emcdda.europa.eu/>), tedy Evropského modelového dotazníku, který byl v upravené formě použit již v několika zemích. Jedná se o souhrn doporučených otázek s navrženou škálou odpovědí, které mají zajistit určitou míru srovnatelnosti průzkumů. Je však plně v kompetenci každé země do jaké míry bude modelový dotazník akceptovat.

Pro naše šetření měl být původně použit v plné verzi. Po digitalizaci bylo ihned patrné, že bez metodologicky poučeného tazatele, je dotazník pro respondenty příliš dlouhý. Proto byly vypuštěny některé otázky týkající se názorů respondentů na drogy. Šlo o otázky: 51.; 53.; 56.-61.. Nyní dotazník obsahuje 53 otázek, které jsou typu uzavřených otázek, až na jednu, kde je možnost volné volby odpovědi (věku).

Otázky byly doplněny o pokyny k vyplnění a především vysvětlivky objasňující některá znění kladených otázek. U otázek byla vytvořena funkce pouze jedné odpovědi.

U otázek, které po záporné odpovědi mají návaznost až v další části dotazníku, byla vytvořena funkce možnosti vynechání příslušných otázek. V opačném případě při odeslání dotazníku, byl respondent upozorněn na omylem vynechané otázky.

6.3 Pilotní výzkum

Před samotnou distribucí dotazníků respondentům je zapotřebí provést pilotní výzkum neboli tzv. předvýzkum, jak ho nazývá Gavora (2000). Pokud celý dotazník nebyl použit již při jiném šetření, je nutné provést jeho pilotní přezkoušení. Forma a rozsah pilotního testování pak závisí hlavně na tom, kolik je toho na nástroji nového (Punch, 2008).

Úkolem bylo zjistit, zda jsou jednotlivé položky dotazníku srozumitelné a nedochází tak k jejich nesprávným interpretacím. Takový pilotní výzkum byl proveden již příslušnými úřady, kteří je vytvořili. Ovšem byly testovány metodou „*face-to-face*“ a tazatel byl metodologicky poučen, nyní je dotazník ovšem digitalizován a umístěn on-line. Proto bylo rozhodnuto provést pro účely této práce tzv. předvýzkum s upravenou podobou dotazníku. Pro zjištění relevantnosti respondentů, byla v dotazníku ponechána otázka na přípravek Relevin. Relevin je fiktivní přípravek, který autoři dotazníku záměrně vytvořili. Kompletní dotazník obsahující Dotazník 1 a Dotazník 2 s průvodním dopisem, byl předložen malé skupině respondentů (4 respondentům). Po vyplnění a opřipomínkování došlo k následujícím změnám:

- u **Dotazníku 1** bylo v otázce 6. Zdravotní postižení odebrána možnost vícero odpovědí a specifikace u každého druhu postižení a byla vytvořeno jedno primární okno pro specifikaci ZP; otázky 9. a 10. Byla provedena modifikace možností: není známo; jiné, seskupeny do jedné možnosti: není známo a jiné; stejně tak u otázky 18. byly možnosti: není známo a ostatní, seskupeny do: není známo a ostatní;
- u **Dotazníku 2** byl a připsána bližší specifikace drogy u cannabis, extáze a amfetaminů; u otázek zjišťující názory na drogy, byly přidány vysvětlivky a pokyny pro vyplnění;
- v **průvodním dopise** byly udělány změny, vzhledem k tomu, že pod názvem výzkumu si respondenti dělali mylný úsudek o zaměření studie. Často se respondenti domnívali, že jde o výzkum pouze na „tvrdé“ drogy. Proto bylo u návykových látek dodáno, že se týká i alkoholu, tabáku, léku aj.

Po provedených úpravách a modifikacích bylo pilotní šetření provedeno opětovně a dotazníkové šetření bylo předloženo větší skupině respondentů (8 respondentům). Konečná podoba on-line dotazníku je uvedena v Příloze 7.

6.4 Omezení výzkumu a doporučení pro budoucí výzkum

Pilotním výzkumem byly zjištěny **rizikové body**, které mohou snižovat reakci na dotazník:

1. Ochota vybraných respondentů zúčastnit se šetření;
2. Příliš obecná definice OZP;
3. Těžko kvantifikovatelná míra postižení;
4. Velký vliv subjektivního posouzení zdravotního postižení;
5. Nedůvěra respondentů v digitální zdroj dotazníku;
6. Nemožnost edukace respondentů, aby považovali dotazník za důvěryhodný.

Ačkoliv byl vybrán dotazník jako nejvhodnější metoda pro kvantitativní výzkum, existují zde určité nevýhody a omezení, které by měly být brány v úvahu. Hlavní nevýhodou dotazníku je prakticky nemožnost zjistit pravdivost odpovědí. Další nevýhodou mohou být nesprávně zodpovězené otázky nebo neúplně vyplněný dotazník, což má za následek zúžení výzkumného souboru (Denscombe, 1998). Zmiňované nevýhody (nesprávnost odpovědí, nedokončený dotazník) se v samotném šetření vyskytly jen výjimečně, a takovéto dotazníky byly z šetření vyřazeny.

Pro budoucí výzkum bychom doporučili zkrácení dotazníku. Je patrné, že na dotazník odpovídali klienti, kteří jsou sice v produktivním věku, ovšem převážně ti, kteří mají více času. Tedy skupina souboru, která pobírá dávky (invalidní, důchodové, sociální aj.), je tedy předpoklad, že mají více času na vyplňování z důvodu pobývání doma. Stejně, tak je tomu u studentů, kteří tvoří velkou část souboru.

Vymezení věkové kategorie a to stejně jako je vymezována pro nejčastější šetření v oblasti návykových látek, tedy od 18-64 let. Pokud ovšem nechceme zahrnout

i věkovou kategorii mladistvých, kterými se zabývá Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD – The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), která je zaměřena na užívání alkoholu a jiných návykových látek, tedy tabáku a nezákonných drog, mezi mládeží ve věku 15 - 16 let. Zároveň pro kvalitnější statistické vyhodnocení vybrat stejný počet dotazníků z mužů a žen.

Za zvážení stojí vypuštění otázek typu: okres bydliště a rodinný stav a rozvinutí otázek pro blízkou specifikaci postižení. Stejně tak v druhé části omezit dotazník a zaměřit se jen na ty návykové látky, u kterých je největší předpoklad abúzu u OZP

Pro efektivnější získání dat oslovit příslušné instance s žádostí o umístění odkazu na šetření na jejich webové stránky. V našem případě, byly odkazy umístěny z vlastní iniciativy oslovených organizací a v databázi výsledku byla vidět jasná odezva.

7 Výsledky dotazníkového šetření Dotazníku 1

Výsledky studie jsou prezentovány formou tabulek, grafů a textovým komentářem. Výraz “abs” a “n” v záhlaví tabulek znamená absolutní četnost příslušného znaku, symbol “%” četnost relativní. Nadpis tabulky zároveň slouží jako označení sledovaného znaku.

Hladina statistické významnosti byla stanovena na $p < 0,05$. To znamená, že existuje statisticky významná korelace mezi dvěma proměnnými, a pravděpodobnost, že vztah neexistuje, je méně než 5 %.

Jinými slovy lze říci, že pravděpodobnost, že daný jev, který je platný ve zkoumaném souboru, platí také v celé populaci zkoumaného vzorku, je větší než 95 % (Punch, 2008). Pokud je $p < 0,01$, pak pravděpodobnost výskytu významného vztahu mezi dvěma proměnnými je větší než 99 %.

Pro zhodnocení statistické významnosti rozdílů mezi znaky při dělení souboru na skupiny byly použity následující statistické testy: chí-kvadrát a jeho modifikace Mantel-Haenszel, Yates.

Na dotazník umístěný ve webovém prostoru odpovědělo 562 respondentů. Z tohoto počtu byly ovšem vyřazeny dotazníky, které po logické a optické kontrole neodpovídali požadavkům pro naše šetření. Vyřazeno celkem bylo 27 nedokončených dotazníků, 5 dotazníků s chybnými či záměrně špatně udanými údaji (např. rok narození 1824, dg. Blbost aj.) a 6 dotazníků, v kterých byla kladná odpověď na otázky týkající se relevinu.

Celkem bylo tedy pro naše šetření získáno 524 plně a správně vyplněných dotazníků. Z tohoto počtu bylo 128 mužů (24,4 %) a 396 žen (75,6 %). Věkové rozmezí respondentů bylo od 15 do 66 let.

Nejvíce mužů, kteří dotazník vyplnili, bylo ve věku 25-34 lety. Ženám, kterých nejvíce odpovědělo, bylo také mezi 25-34 lety.

7.1 Zastoupení jednotlivých pohlaví ve vyšetřovaném vzorku

Předmětem výzkumu se stali osoby OZP. Celkem šlo o 524 respondentů, z toho 128 mužů (24,4 %) a 396 žen (75,6 %), jak je patrné z Tabulky 4.

Tabulka 4: Zastoupení jednotlivých pohlaví v celém souboru

Celkem: 524 respondentů, tj. 100 %

| Pohlaví | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------|-----------------------|-----------------------|
| Muži | 128 | 24,4 |
| Ženy | 396 | 75,6 |

7.2 Rok narození

Nejpočetnější zastoupení respondentů bylo v kategorii 25-34 let a to 232, téměř 44 %, z toho 31 % mužů a 69 % žen. Nejmenší zastoupení bylo ve věkových kategoriích 45-54 let (10 %) a 55 let a více (6 %). Vůbec nejméně odpověděli muži ve věkové kategorii 55 a více let, kterých bylo 8, což je (1,5 %) souboru. Nejvíce odpovědělo 160 žen (30 %) ve věkové kategorii 25-34 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 15 let a nejstaršímu 66 let (Viz Tabulka 5).

Tabulka 5: Míra účasti respondentů podle jednotlivých věkových kategorií souboru

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| 15-24 let | 71 | 13,5 | 9 | 7,1 | 62 | 15,7 |
| 25-34 let | 232 | 44,3 | 72 | 56,2 | 160 | 40,4 |
| 35-44 let | 136 | 26,0 | 27 | 21,1 | 109 | 27,5 |
| 45-54 let | 53 | 10,1 | 12 | 9,4 | 41 | 10,3 |
| 55 a více let | 32 | 6,1 | 8 | 6,2 | 24 | 6,1 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

7.3 Okres bydliště souboru

Zastoupení okresů, bylo vcelku nevyvážené a bylo zde patrné, jak se metodou sněhové koule nabalují respondenti ve stejném okrese. Vzhledem k přehlednosti, byly jednotlivé okresy převedeny podle příslušných krajů, tak jak jsou v ČR rozděleny a užívány pro statistické účely. Od roku 2000 se ČR člení na 14 nových samosprávných krajů pro statistiky užívanou zkratkou NUTS3 (statistické územní jednotky).

Nejvíce respondentů bylo z okresu Praha (31 %) a Středočeského kraje (14 %). Nejméně odpovídalo z kraje hradeckého a to pouze 4 respondenti (0,8 %) (viz Tabulka 6).

Z pohledu pohlaví odpovídalo nejvíce mužů opět z krajů Praha (27 %) a Středočeského kraje (19 %), stejně tak u žen s to z Prahy 32 % a Středočeského kraje 13 %. Nejmenší podíl tvoří jeden respondent muž z Ústeckého kraje (viz Tabulka 6).

Tabulka 6: Zastoupení respondentů podle jednotlivých krajů

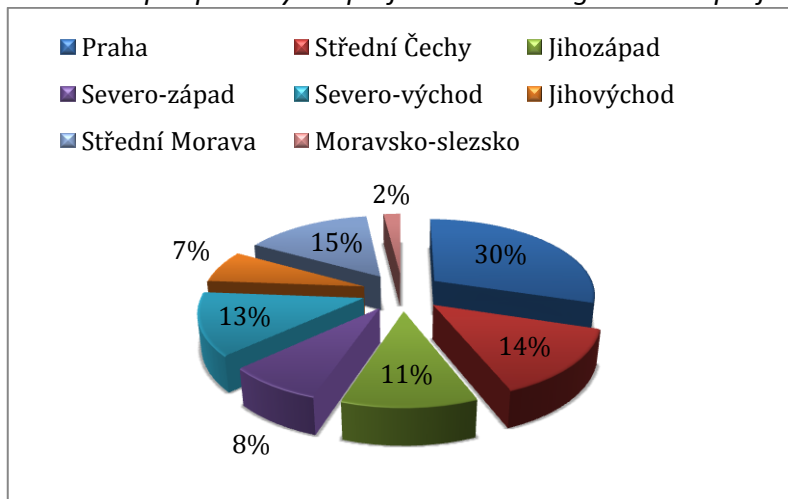
| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------|----------|------|----------|------|----------|------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| PHA | 164 | 31,3 | 35 | 27,3 | 129 | 32,6 |
| STČ | 78 | 14,9 | 24 | 18,8 | 54 | 13,6 |
| JHČ | 36 | 6,9 | 7 | 5,5 | 29 | 7,3 |
| PLK | 26 | 5,0 | 4 | 3,1 | 22 | 5,6 |
| KVK | 32 | 6,1 | 9 | 7,0 | 23 | 5,8 |
| ULK | 12 | 2,3 | 1 | 0,8 | 11 | 2,8 |
| LBK | 34 | 6,5 | 19 | 14,8 | 15 | 3,8 |
| HKK | 4 | 0,8 | 4 | 3,1 | 0 | 0,0 |
| PAK | 7 | 1,3 | 4 | 3,1 | 3 | 0,8 |
| VYS | 24 | 4,6 | 5 | 3,9 | 19 | 4,8 |
| JHM | 14 | 2,7 | 4 | 3,1 | 10 | 2,5 |
| OLK | 55 | 10,5 | 8 | 6,3 | 47 | 11,9 |
| ZLK | 27 | 5,2 | 2 | 1,6 | 25 | 6,3 |
| MSK | 11 | 2,1 | 2 | 1,6 | 9 | 2,3 |
| Celkem | 524 | 100 | 128 | 100 | 396 | 100 |

Pro statistické účely jsou některé kraje sdruženy do oblastí (NUTS2), které mají mít srovnatelný počet obyvatel, aby mohly být partnery Evropské unie při financování regionálních projektů. Plzeňský a Jihočeský kraj jsou tak sdruženy do oblasti Jihozápad, Karlovarský a Ústecký do oblasti Severozápad, Liberecký, Královéhradecký a Pardubický do oblasti Severovýchod, Vysočina a Jihomoravský do oblasti Jihovýchod, Olomoucký a Zlínský do oblasti Střední Morava. Oblasti Praha, Střední Čechy a Moravskoslezsko jsou tvořené jediným krajem (ÚZIS, 2008).

Proto i my jsme je pro srovnání převedli kraje do oblastí mající srovnatelný počet obyvatel. Graf 1 nám tedy předkládá, že sdružením krajů do oblastí NUTS2 je Moravsko-slezsko nejméně zastoupeným krajem v souboru (2 %). Oblast kde žije nejvíce

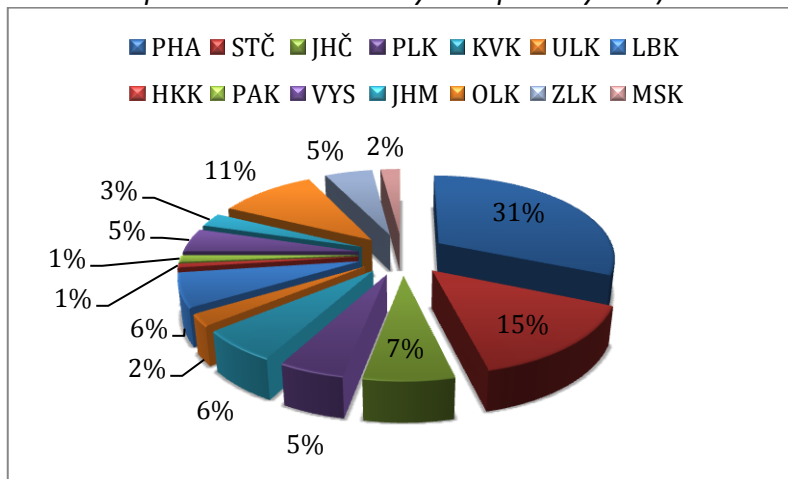
respondentů je Praha s 30 %, pak Střední Morava, Střední Čechy a Severo-východ všechny se zhruba 14 %. Nejméně (2 %) tvoří skupina respondentů z Moravsko – slezsko.

Graf 1: Procentuální zastoupení jednotlivých krajů NUTS2 (vymezení územních jednotek NUTS v ČR pro potřeby EU při financování regionálních projektů) v souboru (N=524)



Při srovnání Grafu 1 a 2 jasně vidíme změnu podílu zastoupení respondentů, při rozdělení územních jednotek podle NUTS2 a NUTS3.

Graf 2: Procentuální zastoupení jednotlivých krajů NUTS3 (vymezení územních jednotek NUTS v ČR pro statistické a analytické potřeby ČSÚ) v souboru (N=524)



7.4 Rodinný stav

Dle Tabulky 7 zjišťujeme, že nejvíce respondentů žije v partnerském stavu druh, družka (44 %) a následovány 34 % respondentů svobodných. 15 % žije ve svazku manželském a 5% respondentů je rozvedeno.

Mezi respondenty muži jsou 3 vdovci a mezi ženami žádná. Nejméně je mezi ženami těch, které žijí v registrovaném partnerství (1 %). Mužů v registrovaném partnerství je více než 5 %. Naprosto shodně je mezi muži mužů a mezi ženami žen svobodných a to 33,6 %. Ovšem nejvíce žen je ve vztahu družka (46 %).

Tabulka 7: Zastoupení rodinného stavu v souboru a z pohledu pohlaví

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|--------------------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Odpověď | | | | | | |
| svobodný(á) | 176 | 33,6 | 43 | 33,6 | 133 | 33,6 |
| ženatý, vdaná | 78 | 14,9 | 24 | 18,8 | 54 | 13,6 |
| druh, družka | 229 | 43,7 | 47 | 36,7 | 182 | 46,0 |
| rozvedený(á) | 26 | 5,0 | 4 | 3,1 | 22 | 5,6 |
| vdovec, vdova | 3 | 0,6 | 3 | 2,3 | 0 | 0,0 |
| registrované partnerství | 12 | 2,3 | 7 | 5,5 | 5 | 1,3 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

7.5 Nejvyšší dosažené vzdělání

Z níže uvedené Tabulky 8 sledujeme nejpočetnější skupinu středoškoláků s maturitou (47 %), následovanou středoškoláky bez maturity (30 %). Nejméně je vysokoškoláků 3 % a respondentů se základním vzděláním, kterých je 7 %. 9 respondentů neuvedlo své vzdělání.

Celá polovina žen má střední vzdělání s maturitou a čtvrtina střední bez maturity, 13 % má vzdělání vyšší odborné. Vysokoškolaček je mezi ženami 9 (2 %). U mužů je zastoupení podobné, středoškoláků s maturitou je 47% a bez maturity 30 %, vysokoškoláků je přes 5 %.

Tabulka 8: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|----------------------|----------|------|----------|------|----------|------|
| | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Odpověď | | | | | | |
| základní | 37 | 7,1 | 9 | 7,0 | 28 | 7,1 |
| střední bez maturity | 157 | 30,0 | 55 | 43,0 | 102 | 25,8 |
| střední s maturitou | 246 | 46,9 | 46 | 35,9 | 200 | 50,5 |
| vyšší odborné | 59 | 11,3 | 5 | 3,9 | 54 | 13,6 |
| vysokoškolské | 16 | 3,1 | 7 | 5,5 | 9 | 2,3 |
| není známo. | 9 | 1,7 | 6 | 4,7 | 3 | 0,8 |
| Celkem | 524 | 100 | 128 | 100 | 396 | 100 |

7.6 Zastoupení jednotlivých zdravotních postižení, jejich míra a potřeba pomůcky

Tabulka 9 nám předkládá nadpoloviční skupinu souboru a to vnitřní onemocnění (51 %). Dále, je v souboru zastoupena skupina sluchového postižení (21 %), tělesného postižení (14 %), zrakového (11 %), duševního (2 %) a jednoprocenní skupina mentálního postižení.

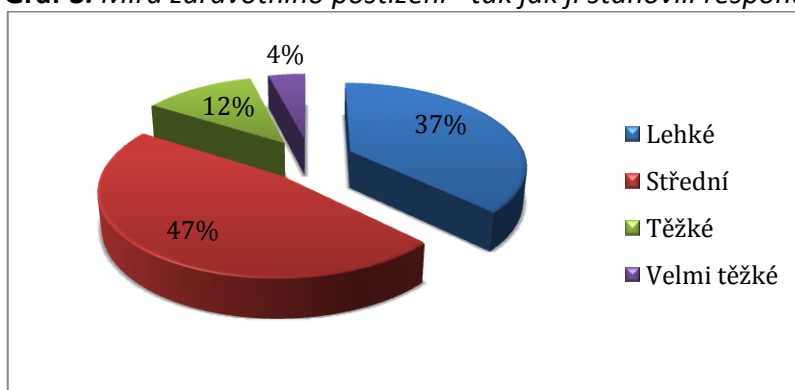
Mezi muži je nejpočetnější skupinou tělesné postižení (34 %), čtvrtina mužů je sluchově postižených a 4 respondenti mají duševní postižení (3 %). U žen trpí vnitřním onemocněním celých 61 % a sluchovým postižením 22 %. Tělesným postižením pak desetina z nich, duševním postižením 2 % a mentálním necelé procento.

Tabulka 9: Zastoupení jednotlivých druhů zdravotního postižení u souboru OZP

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|----------|----------|------|----------|------|----------|------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| tělesné | 71 | 13,5 | 43 | 33,6 | 38 | 9,6 |
| zrakové | 57 | 10,9 | 32 | 25,0 | 15 | 3,8 |
| sluchové | 112 | 21,4 | 24 | 18,8 | 88 | 22,2 |
| mentální | 3 | 0,6 | 0 | 0,0 | 3 | 0,8 |
| duševní | 13 | 2,5 | 4 | 3,1 | 9 | 2,3 |
| vnitřní | 267 | 51,0 | 24 | 18,8 | 243 | 61,4 |
| jiné | 1 | 0,2 | 1 | 0,8 | 0 | 0,0 |
| Celkem | 524 | 100 | 128 | 100 | 396 | 100 |

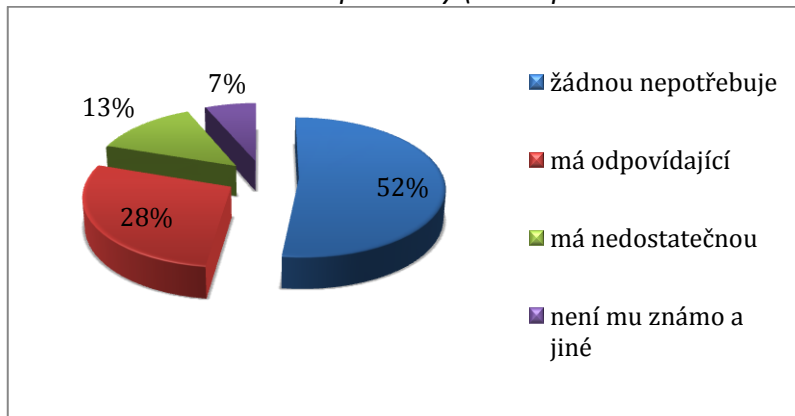
Střední míru postižení uvedlo necelých padesát procent respondentů (47 %). Lehké postižení má 37 % dotazovaných a těžké 12 %. Velmi těžké postižení uvedlo 21 dotazovaných, což je 4 % (viz Graf 3).

Graf 3: Míra zdravotního postižení –tak jak ji stanovili respondenti (N=524)



Málo přes polovinu souboru potřebuje zdravotní pomůcku (berle, naslouchadlo, vozík aj.). 28 % má pomůcku odpovídající, za to 13 % dotazovaných se domnívá, že má pomůcku nedostatečnou (viz Graf 4).

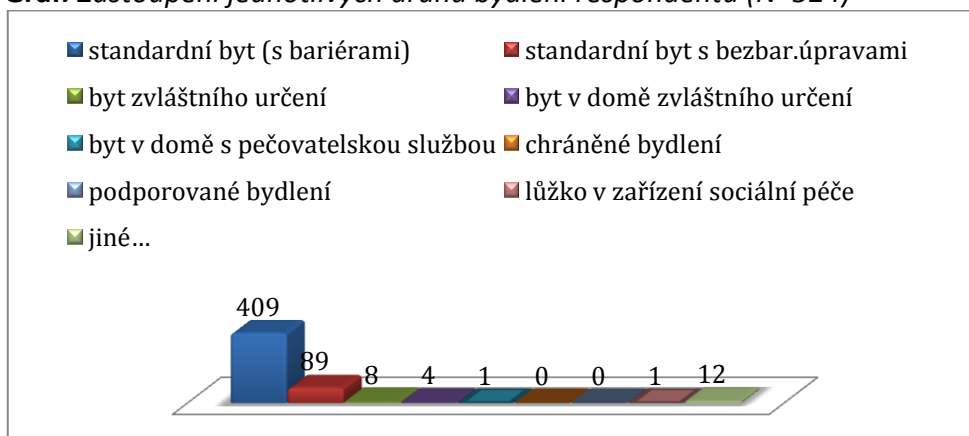
Graf 4: *Potřeba zdravotní pomůcky (vč. slepeckého a asistenčního psa)*



7.7 Bydlení a ekonomická aktivita

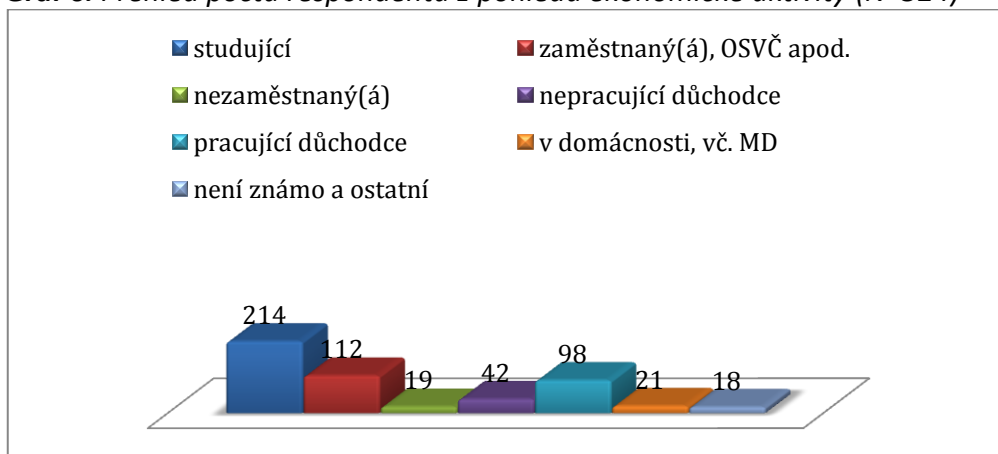
Až 78 m% respondentů bydlí ve standardním bytě s bariérami. Ve standardním bytě s bezbariérovými úpravami bydlí 17 % a v bytě zvláštního určení půl druhého procenta, 4 respondenti (0,8 %) žijí v domě zvláštního určení a po jednom respondentovi v bytě v domě s pečovatelskou službou a na lůžku v zařízení sociální péče. Žádný z respondentů nežije v chráněném bydlení a přes 2 % respondentů uvedlo jiné bydlení (viz Graf 5).

Graf: *Zastoupení jednotlivých druhů bydlení respondentů (N=524)*



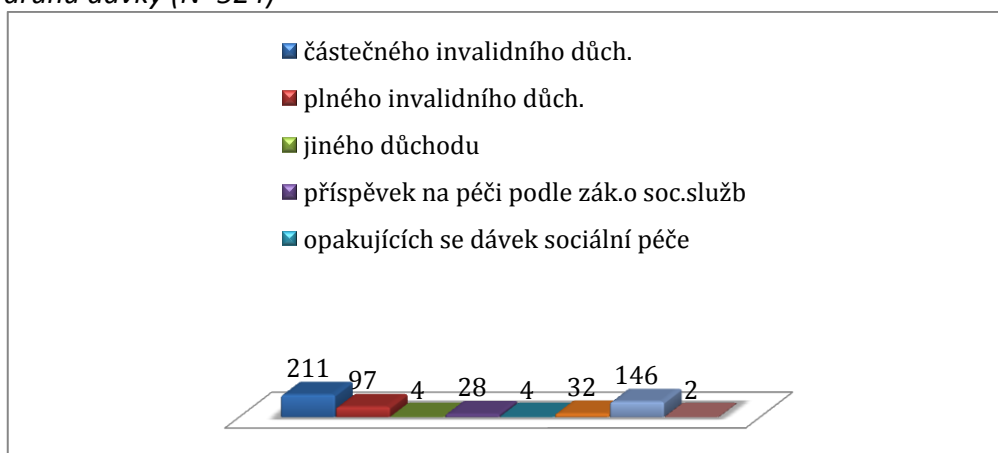
Graf 6 nám jasně předkládá, že až 41 % souboru je studentů, 21 % pracujících nebo podnikatelů a nezaměstnaných je přes 3 %. Nepracujících důchodců je v souboru 8 % a pracujících důchodců dokonce 19 %. V domácnosti ev. na mateřské dovolené jsou 4 % souboru. 3 % neuvedlo svou ekonomickou aktivitu.

Graf 6: Přehled počtu respondentů z pohledu ekonomické aktivity (N=524)



Graf 7 předkládá, že 40 % respondentů pobírá částečný invalidní důchod a 19 % plný invalidní důchod, jiný důchod pobírá necelé procento. Příspěvek na péči podle zákona o sociálních službách pobírá 5 % respondentů, opakujících se dávek sociální péče pobírá necelé procento, jiné rodinné dávky sociálního zabezpečení 6 %. Respondentů, kteří nepobírají žádný důchod je 28 %, pobírání dávek sociálního zabezpečení není známo u dvou respondentů.

Graf 7: Přehled počtu respondentů pobírajících dávky sociálního zabezpečení z hlediska druhu dávky (N=524)



8 Výsledky dotazníkového šetření Dotazníku 2

8.1 Tabák

Minimálně jednu celoživotní zkušenost s kouřením tabáku přiznaly necelé tři čtvrtiny dotazovaných (73 %). 81 % z mužů má zkušenost s kouřením tabáku (včetně experimentů a odnaučených kuřáků), zatímco 29 % z žen nemá žádnou zkušenost s kouřením tabáku v životě (viz Tabulka 10).

Tabulka 10: Celoživotní zkušenost s tabákem (ano = alespoň jedna zkušenost během života)

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Ne | 140 | 26,7 | 24 | 18,8 | 116 | 29,3 |
| Ano | 384 | 73,3 | 104 | 81,3 | 280 | 70,7 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

Analýza období konzumace tabáku ukázala, že necelá třičtvrtina z kuřáků, konkrétně 71 %, je nynějšími kuřáky tabáku. Z celkového počtu respondentů, kteří kdy kouřili tabák, uvedlo 29 %, že kouřilo v minulosti. Jednalo se tedy o bývalé kuřáky (viz Tabulka 10).

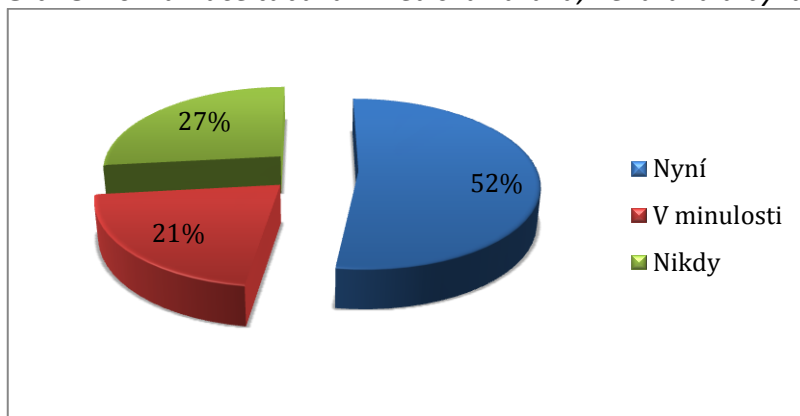
Téměř třetina žen, které aspoň jednou za život kouřili, jsou nyní nekuřáčky. Oproti mužům, z kterých je bývalých kuřáků 21 % z celkového počtu kuřáků mužů (viz Tabulka 10).

Tabulka 11: Nynější a bývalý konzumenti tabáku, kteří měli alespoň jednu zkušenost během života

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|-------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Nyní | 274 | 71,4 | 82 | 78,8 | 198 | 70,7 |
| V minulosti | 110 | 28,6 | 22 | 21,2 | 82 | 29,3 |
| Celkem | 384 | 100,0 | 104 | 100,0 | 280 | 100,0 |

Celých 52 % z celého souboru je současných kuřáků. Z 48 % nekuřáků je 21 % respondentů odnaučených kuřáků či respondentů, kteří zkoušeli kouřit a mají tak alespoň jednu zkušenost s kouřením v životě (viz Graf 12).

Graf 8: Konzumace tabáku z hlediska kuřáků, nekuřáků a bývalých kuřáků v souboru



8.2 Alkohol

Pití alkoholu posledního roku vyzkoušelo necelých 99 % respondentů, jak je patrné z Tabulky 12. K jeho výjimečné konzumaci náleží téměř 20 % souboru (více žen) a k pravidelné konzumaci 80 % dotazovaných (více mužů).

Tabulka 12: Konzumace alkoholických nápojů v posledních dvanácti měsících

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|----------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Ne | 6 | 1,2 | 2 | 1,6 | 4 | 1,0 |
| Ano, výjimečně | 103 | 19,6 | 11 | 8,6 | 92 | 23,2 |
| Ano | 415 | 79,2 | 115 | 89,8 | 300 | 75,8 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

27 % souboru konzumentů alkoholu přiznalo konzumaci v posledním týdnu, v posledním měsíci (27 % mužů, 31 % žen), 42,5 % více jak před měsícem. Necelých 17 % žen a 61 % mužů z respondentů, kteří kdy užili alkohol, konzumovali alkohol v posledním týdnu (viz Tabulka 13).

Tabulka 13: *Období poslední konzumace alkoholického nápoje (u respondentů, kteří konzumovali alkohol v posledním roce)*

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|-----------------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| V posledním týdnu | 142 | 27,4 | 77 | 61,1 | 65 | 16,6 |
| V posledním měsíci | 156 | 30,1 | 34 | 27,0 | 122 | 31,1 |
| Více jak před měsícem | 220 | 42,5 | 15 | 11,9 | 205 | 52,3 |
| Celkem | 518 | 100,0 | 126 | 100,0 | 392 | 100,0 |

8.3 Léky

Léky (sedativa nebo tišící léky) během posledního roku aspoň jednou užilo více než 96 % respondentů, bez většího rozdílu mezi pohlavími. Pouze něco málo přes 3 % žen a 5 % mužů neužilo v posledním roce žádné tišící léky ani sedativa. Tedy pouze 21 respondentů (4 %) neužilo léky (sedativa nebo tišící léky) v posledním roce (viz Tabulka 14).

Tabulka 14: *Užití léků (sedativa a tišící látky) v posledních dvanácti měsících*

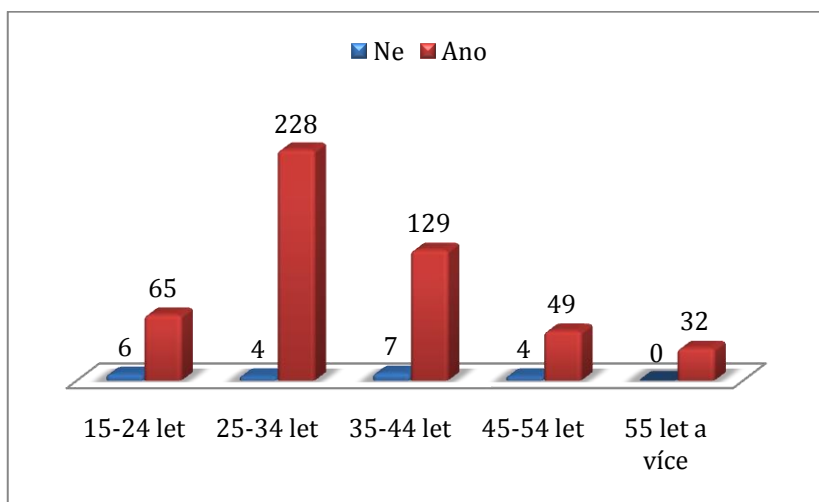
| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Ano | 503 | 96,0 | 121 | 94,5 | 382 | 96,5 |
| Ne | 21 | 4,0 | 7 | 5,5 | 14 | 3,5 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

Necelých 18 % dotazovaných užívá léky denně nebo téměř denně, z toho 3 % mužů a 14 % žen. Téměř čtvrtina užívá léky aspoň jednou měsíčně. Přes 220 (8 % mužů, 34 % žen) užívá léky méně než jednou měsíčně, což je asi 42 % všech respondentů (Tabulka 15).

Tabulka 15: Frekvence užití léků (sedativa a tišící látky) u celého souboru v posledních 30 dnech

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|------------------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Nikdy | 21 | 4,0 | 7 | 5,5 | 14 | 3,5 |
| Denně nebo téměř denně | 92 | 17,6 | 17 | 13,3 | 75 | 18,9 |
| 1x za týden | 65 | 12,4 | 33 | 25,8 | 32 | 8,1 |
| 1x za měsíc | 126 | 24,0 | 29 | 22,6 | 97 | 24,5 |
| Méně než 1x za měsíc | 220 | 42,0 | 42 | 32,8 | 178 | 45,0 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

Graf 9: Uživatelé léků (sedativa a tišící léky) v posledním roce podle věkových kategorií (N=524)



Z výše uvedeného Grafu 9 je patrné, že uživatelé léků tvoří takřka 95 % respondentů v jednotlivých věkových kategoriích. Konkrétně ve věkových kategoriích 25-34 let uživatelé tvoří 98 %, v kategorii 35-44 let 95 %, v 45-54 letech 92 % a v kategorii 15-24 let 91 %.

Překvapivě v nejmladší kategorii 15-24 let odpovědělo, že neužívalo tišící léky a sedativa za poslední rok pouze 6 respondentů, což je 8 % z této věkové kategorie. Dokonce v kategorii 55 let a více, je celých 100 % uživatelů léků (ovšem tato skupina tvoří nejmenší část souboru).

Podle Tabulky 15 a Grafu 15, který uvádíme pro přehlednější vizualizaci, je patrné, že nejvíce léků (47 %) uživatelé pořídili volným prodejem, 35 % bylo pořízeno na lékařský předpis. 12 % souboru poskytlo léčiva jejich známí. 32 respondentů (6 %) neuvedlo, jak léky získali.

Tabulka 16: *Způsob získání léků při posledním užití*

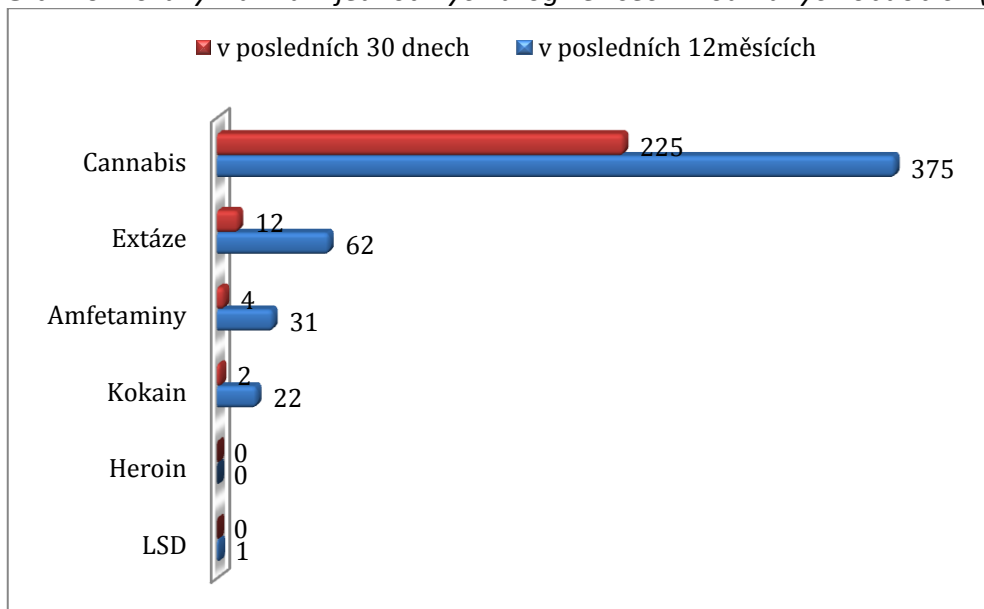
| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|------------------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Na lékařský předpis | 175 | 34,8 | 66 | 54,5 | 109 | 28,5 |
| Od známého | 59 | 11,7 | 12 | 9,9 | 47 | 12,3 |
| Zakoupeno bez předpisu | 237 | 47,1 | 29 | 24,0 | 208 | 54,5 |
| Jiným způsobem | 32 | 6,4 | 14 | 11,6 | 18 | 4,7 |
| Celkem | 503 | 100,0 | 121 | 100,0 | 382 | 100,0 |

9 Ostatní návykové látky z dotazníku 2

Nejprve si pro lepší přehlednost uvedeme v Grafu 10 srovnání užití jednotlivých drog v posledním roce a v posledních 30 dnech. V následujících oddílech se budeme zvlášť věnovat každé droze v pořadí podle dotazníku.

V této práci byla skupina sedativ a tišících léků posuzována samostatně a nebyla záměrně zařazena mezi ostatní návykové látky sledované u souboru, neboť nelze vyloučit zahrnutí legálního užívání na základě lékařské diagnostiky. Tuto tezi potvrzuje i skutečnost, že vysoké procento osob, které v průběhu posledních 12 měsíců užíly sedativa či tišící přípravky je celých 96% souboru.

Graf 10: Rozdíly v užívání jednotlivých drog ve všech zkoumaných obdobích (N=524)



Jak je patrné z výše uvedeného Grafu 10, nejvíce užívanou skupinou návykových látek je cannabis, tedy konopné drogy neboli marihuana a hašiš. Tato skutečnost je patrná pro všechna sledovaná období užití těchto drog. Minimálně jednu zkušenost za posledních 12 měsíců s marihuanou nebo hašišem přiznalo 72% dotazovaných respondentů.

Mezi další nejvíce užívané látky se zařadila extáze, kterou alespoň jednou za poslední rok užilo přes 12 % respondentů. V posledním měsíci jich užilo necelé 2 % souboru.

Nejméně zneužívanými drogami byly heroin a LSD. LSD v posledním roce užil 1 respondent, v posledních 30 dnech žádný. Heroin neužil žádný respondent v posledním roce ani měsíci.

9.1 Cannabis (marihuana nebo hašiš)

Kanabinoidy, jakožto nejoblíbenější nelegální drogu, v posledních 12 měsících užilo přes 70 % souboru. Pouze 28 % respondentů v posledním roce marihuanu nebo hašiš neužili. Kanabinoidy jsou tak u respondentů užívané skoro jako tabák, který přiznalo 73 % dotázaných. Z pohledu pohlaví je užívání kanabinoidů podobné, u mužů 80 % a u žen téměř 70 % (viz Tabulka 17).

Tabulka 17: *Užití marihuany nebo hašiše v posledních 12 měsících*

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Ne | 149 | 28,4 | 26 | 20,3 | 123 | 31,1 |
| Ano | 375 | 71,6 | 102 | 79,7 | 273 | 68,9 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

V posledním měsíci marihuanu nebo hašiš užilo 13 % dotazovaných. Z mužů užilo cannabis poslední měsíc 18 % a z žen necelých 12 %. Z Tabulek 18 a 19 je tak patrné, že se rapidně snížil počet uživatelů ročních na uživatele měsíční. Můžeme tak předpokládat, že tato skupina uživatelů pouze „ročních“ jsou převážně uživatelé sváteční či experimentátoři.

Z Tabulek 18 a 19 vyplývá, že frekvence užití kanabinoidů ve sledovaném období posledních 30 dnů je následovná: denními nebo téměř denními uživateli je téměř čtvrtina souboru, několikrát za týden užije drogu 19 %, minimálně jednou za týden až necelých 22 % a méně než jednou týdně necelých 35 %.

Tabulka 18: *Užití marihuany nebo hašiše v posledních 30 dnech*

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Ne | 455 | 86,8 | 98 | 76,6 | 109 | 27,5 |
| Ano | 69 | 13,2 | 23 | 18,0 | 46 | 11,6 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

U mužů uživatelů za posledních 30 je frekvence užití následovná: denně nebo téměř denně 40 %, několikrát týdně necelých 35 %, nejméně jednou týdně téměř 9 % a méně než jednou týdně 17 %. U žen denními uživateli je 17 % z uživatelů konopí, několikrát týdně přes 10 % a nejméně jednou týdně 28 % žen. Více než 43 % je skupina žen, která drogu v posledních 30 dnech užila méně než jednou týdně (Viz Tabulka 19).

Tabulka 19: *Frekvence užití marihuany nebo hašiše v posledních 30 dnech (jen u těch, kteří někdy v životě marihuanu užili)*

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Denně / téměř denně | 17 | 24,6 | 9 | 39,1 | 8 | 17,4 |
| Několikrát týdně | 13 | 18,8 | 8 | 34,8 | 5 | 10,9 |
| Nejméně 1x týdně | 15 | 21,7 | 2 | 8,7 | 13 | 28,3 |
| Méně než 1x týdně | 24 | 34,8 | 4 | 17,4 | 20 | 43,5 |
| Celkem | 69 | 100,0 | 23 | 100,0 | 46 | 100,0 |

Tabulka 20 nám předkládá věk prvního kontaktu s drogou cannabis. Poprvé drogu užilo 57 % souboru ve více než 25 lety věku. Ale něco málo přes 4 % užilo cannabis ještě před 15 narozeninami a 10 % před 18 narozeninami, tedy v době neplnoletosti. V tomto období se dá říci, že muži jsou početnější skupinou nad ženami.

Ve věku 19 – 25 let z žen uživatelů se seznámilo s drogou a užilo 27 % u mužů uživatelů 30 %. Více než 25 let věku udává první užití drogy 65 % z žen uživatelů, u mužů uživatelů je to 35 %. Po dosažení plnoletosti do 25 let užilo 30 % mužů

uživatelů poprvé drogu a 27 % žen uživatelék. Nejméně užilo poprvé drogu 7 respondentek (necelá 3 % z uživatelék kanabinoidů) a to před 15 narozeninami.

Tabulka 20: Věk prvního užití kanabinoidů (jen u těch, kteří někdy v životě užili marihuanu)

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|-----------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Méně než 15 let | 16 | 4,3 | 9 | 8,8 | 7 | 2,6 |
| 15-18 let | 39 | 10,4 | 26 | 25,5 | 13 | 4,8 |
| 19-25 let | 106 | 28,3 | 31 | 30,4 | 75 | 27,5 |
| Více než 25 let | 214 | 57,1 | 36 | 35,3 | 178 | 65,2 |
| Celkem | 375 | 100,0 | 102 | 100,0 | 273 | 100,0 |

9.2 Extáze

Alespoň jednu zkušenost s extází za posledních 12 měsíců přiznalo 12 % dotazovaných (13 % mužů, 11 % žen), v posledních 30 dnech 2 % respondentů. Ve všech případech bez velkých rozdílů mezi pohlavími (Viz Tabulky 21 a 22).

Tabulka 21: Užití extáze v posledních 12 měsících

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Ne | 462 | 88,2 | 111 | 86,7 | 351 | 88,6 |
| Ano | 62 | 11,8 | 16 | 12,5 | 45 | 11,4 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

V Tabulce 22 je patrné, že extázi užilo v posledních 30 dnech 2 % souboru. Z mužů to bylo 6 respondentů (4,7 %) a z žen 5 (1,3 %). 98 % všech respondentů, tedy extázi v posledním měsíci neužilo.

Tabulka 22: *Užití extáze v posledních 30 dnech*

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Ne | 513 | 97,9 | 122 | 95,3 | 391 | 98,7 |
| Ano | 11 | 2,1 | 6 | 4,7 | 5 | 1,3 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

9.3 Amfetaminy

Z Tabulky 23 vidíme, že amfetaminy užilo během posledního roku 6 % souboru (13 % mužů, 4 % žen). V posledních 30 dnech užilo amfetaminy necelé procento souboru, resp. 4 respondenti, dva muži a dvě ženy (Viz Tabulka 24).

Tabulka 23: *Užití amfetaminu během posledních 12 měsíců*

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Ne | 519 | 99,0 | 125 | 97,7 | 394 | 99,5 |
| Ano | 5 | 1,0 | 3 | 2,3 | 2 | 0,5 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

Tabulka 24: *Užití amfetaminu během 30 dní*

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Ne | 520 | 99,2 | 126 | 98,4 | 394 | 99,5 |
| Ano | 4 | 0,8 | 2 | 1,6 | 2 | 0,5 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

9.4 Kokain

Dle Tabulek 25 a 26 je patrné, že kokain v souboru OZP není tak užívaný, jako např. cannabis nebo extáze. Kokain užilo v posledním roce 4 % respondentů (konkrétně 22 respondentů), ovšem v posledním měsíci jich bylo pouze necelé půl procento, jeden muž a jedna žena.

Tabulka 25: *Užití kokainu v posledních 12 měsících*

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Ne | 502 | 95,8 | 115 | 89,8 | 387 | 97,7 |
| Ano | 22 | 4,2 | 13 | 10,2 | 9 | 2,3 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

Tabulka 26: *Užití kokainu v posledních 30 dnech*

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| Ne | 522 | 99,6 | 127 | 99,2 | 395 | 99,7 |
| Ano | 2 | 0,4 | 1 | 0,8 | 1 | 0,3 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

9.5 Heroin

Užívání heroinu v našem souboru je takřka nulové. Pouze jeden uživatel (muž) odpověděl, že užil heroin v posledních 12 měsících (můžeme předpokládat, že se může s největší pravděpodobností jednat o experimentátora). V posledních 30 dnech neužil heroin nikdo z respondentů.

9.6 Relevin

Relevin je fiktivní název drogy. Skupina metodologů jej zahrнула do Evropského modelového dotazníku, aby zvýšila věrohodnost získaných dat. V našem šetření na relevin odpovědělo 6 respondentů. Při bližším studiu dotazníků vyplněnou touto

skupinou respondentů zjistíme, že celý dotazník je vyplněn s velmi vysokými odchylkami od průměrné populace. Takovéto dotazníky byly z šetření vyřazeny z důvodu nedostatečné relevantnosti.

9.7 LSD

Užívání LSD v našem souboru je takřka nulové. Pouze jeden uživatel (muž) odpověděl, že užil LSD v posledních 12 měsících. V posledních 30 dnech neužil LSD nikdo z respondentů.

9.8 Názory respondentů na užívání drog

Následují tabulky, grafy a komentáře se týkají názorů respondentů na drogy a jejich užívání.

Otázka: Vnímáte drogově závislého člověka spíše jako nemocného člověka, nebo spíše jako někoho, kdo je v konfliktu se zákonem?

Na tuto otázku odpovědělo ze všech respondentů následovně: 24 % z nich si myslí, že jde o osobu v konfliktu se zákonem. Drogově závislého člověka označilo jako nemocného necelá desetina z nich. Téměř 30 % respondentů se domnívá, že jde o člověka nemocného přestupujícího zákon. Téměř třetina resp. 32 % souboru překvapivě označilo takového člověka, jak ani nemocného, ani nepřekračujícího zákon. 4% respondentů se neumělo se svým názorem vyjádřit (Viz Tabulka 27).

Tabulka 27: Názory respondentů na závislého člověka

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|---|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| osobu v konfliktu se zákonem | 126 | 24,0 | 12 | 9,4 | 114 | 28,8 |
| nemocného člověka | 51 | 9,7 | 27 | 21,1 | 24 | 6,1 |
| ani nemocného člověka, ani jako někoho přestupujícího zákon | 169 | 32,3 | 68 | 53,1 | 101 | 25,5 |
| nemocného člověka přestupujícího zákon | 155 | 29,6 | 14 | 10,9 | 141 | 35,6 |
| nevím, nemohu se rozhodnout | 23 | 4,4 | 7 | 5,5 | 16 | 4,0 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

Otázka: Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícím výrokem: „Lidem by mělo být dovoleno užívat hašiš nebo marihuanu“?

Z Tabulky 28 jasně vyplývá, že s výrokem: „Lidem by mělo být dovoleno užívat hašiš nebo marihuanu“? Naprosto souhlasilo více než polovina respondentů, s trochou váhavým souhlasem: převážně souhlasím, se vyslovilo 23 %. Celkově tedy můžeme konstatovat, že kladně se s výše uvedeným souhlasem vyjádřila téměř třičtvrtina respondentů.

Zásadně nesouhlasila s výrokem desetina souboru a převážně nesouhlasilo 7 %. Negativně se tedy k výroku vyslovilo téměř 17 % souboru. Těch, kterých se nemohli ztotožnit s výrokem v kladném slova smyslu, ani v záporném byla téměř desetina dotazovaných.

Mezi muži jsou postoje k výroku následovné: souhlasí (naprosto i převážně) 80 %, nesouhlasí (převážně i zásadně) 13 %, nerozhodných respondentů bylo celých 7 %. Z žen jsou výsledky z pohledu legality pozitivnější, ty převážně a zásadně nesouhlasily v 18 %, souhlasily v 71 % a nerozhodně se vyjádřilo 11 % respondentek.

Můžeme tak konstatovat, že u žen jsou celkové postoje k výroku: „Lidem by mělo být dovoleno užívat hašiš nebo marihuanu“?, z pohledu legislativy zodpovědnější.

Tabulka 28: *Názory respondentů na výrok: „Lidem by mělo být dovoleno užívat hašiš nebo marihuanu“?*

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|--|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| naprosto souhlasím | 264 | 50,4 | 85 | 66,4 | 179 | 45,2 |
| převážně souhlasím | 120 | 22,9 | 17 | 13,3 | 103 | 26,0 |
| nemohu se s tímto výrokem ani ztotožnit, ani ho nemohu odmítnout | 52 | 9,9 | 9 | 7,0 | 43 | 10,9 |
| převážně nesouhlasím | 34 | 6,5 | 8 | 6,3 | 26 | 6,6 |
| zásadně nesouhlasím | 54 | 10,3 | 9 | 7,0 | 45 | 11,4 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

Otázka: Sdělte, zda byste jednání, jako je uvedené níže, tolerovali, odmítali nebo zásadně odmítali, kdybyste se s ním setkali:

Vyzkoušet jednou nebo dvakrát extázi;

Kouřit deset nebo více cigaret denně;

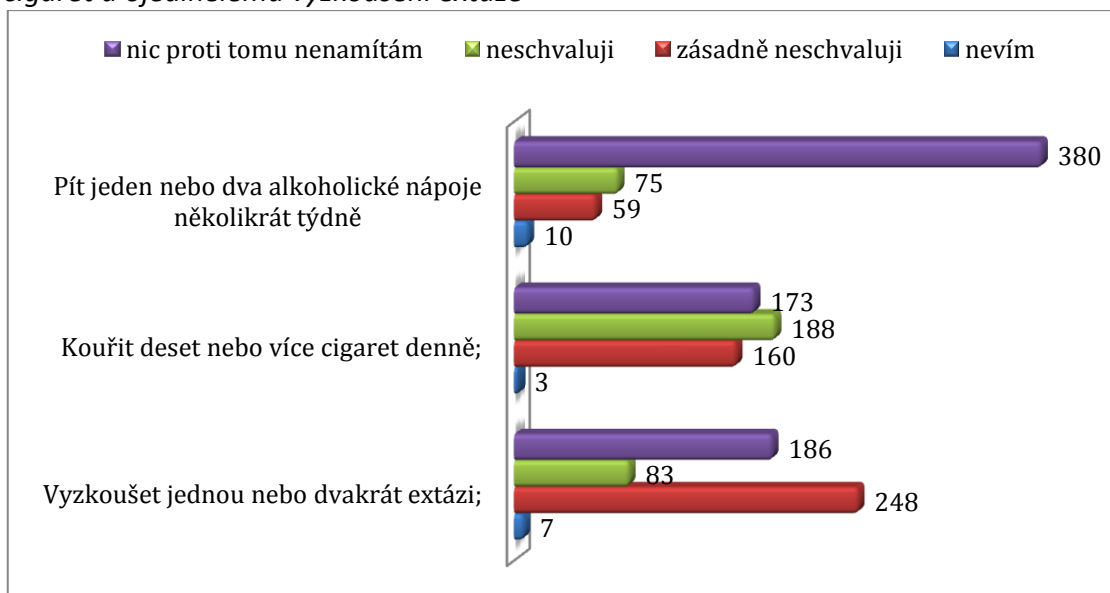
Pít jeden nebo dva alkoholické nápoje několikrát týdně.

Podle níže uvedeného Grafu 11 a Tabulek 29-31, vidíme, že soubor OZP je poměrně benevolentní k návykovým látkám. V názorech na alkohol bylo 73 % těch, kteří nemají nic proti požívání alkoholu denně, tento čin neschvaluje 14 % souboru a zásadně neschvaluje 11 %. Těch, kteří na to nemají názor, je 10 respondentů (necelá 2 %).

U kouření deseti a více cigaret denně, je soubor téměř rozdělen na třetiny. Třetina souhlasí, třetina nesouhlasí a zásadně je proti také třetina. 3 respondenti uvedli, že neví.

U názoru na užití extáze je soubor OZP téměř rozdělena 45 % jich zásadně s užitím nesouhlasí a nic nenamítá 43 %, neschvaluje užití 15 %, neví 7 respondentů, resp. 1 %.

Graf 11: Rozdílné tolerance respondentů k dennímu užívání alkoholu, dennímu užívání cigaret a ojedinělému vyzkoušení extáze



Z pohledu pohlaví můžeme shrnout výsledky šetření v otázkách názorů na některé návykové látky takto (viz Tabulky 29-31):

S denní konzumací alkoholu souhlasí 79 % z mužů, z žen 71 %. Neschvaluje to necelá desetina z mužů a 16 % z žen. Zásadně je proti 8 % mužů a 12 % žen. Po pěti respondentech u mužů i žen nevědělo;

V koření deseti a více cigaret denně nevidí problém 38 % mužů z žen 31 %, tuto četnost kouření neschvaluje 34 % mužů a 35 % žen. Zásadně toto neschvaluje 26 % mužů a 34 % žen. 3 muži odpověděli, že neví;

U názorů na vyzkoušení extáze, byly ženy, více zodpovědnější, než tomu bylo u kouření. Zásadně nesouhlasilo 55 % žen, zatímco z mužů jen 15 %. Neschvalovalo její užití téměř desetina žen a desetina mužů. Proti užití nic nenamítá 33 % žen a dokonce 74 % mužů. Dva muži a pět žen nevědělo.

Tabulka 29: Názory na otázku týkající se užívání denního užívání alkoholu

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|-----------------------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| nic proti tomu nenamítám | 380 | 72,5 | 101 | 78,9 | 279 | 70,5 |
| neschvaluji | 75 | 14,3 | 12 | 9,4 | 63 | 15,9 |
| zásadně neschvaluji | 59 | 11,3 | 10 | 7,8 | 49 | 12,4 |
| nevím | 10 | 1,9 | 5 | 3,9 | 5 | 1,3 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

Tabulka 30: Názory na otázku týkající se užívání kouření deseti a více cigaret denně

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|-----------------------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| nic proti tomu nenamítám | 173 | 33,0 | 49 | 38,3 | 124 | 31,3 |
| neschvaluji | 180 | 34,4 | 43 | 33,6 | 137 | 34,6 |
| zásadně neschvaluji | 168 | 32,1 | 33 | 25,8 | 135 | 34,1 |
| nevím | 3 | 0,6 | 3 | 2,3 | 0 | 0,0 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

Tabulka 31: Názory na otázku týkající se užití extáze jednou či dvakrát

| Skupina | Všichni | | Muži | | Ženy | |
|-----------------------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| Odpověď | abs. (n) | % | abs. (n) | % | abs. (n) | % |
| nic proti tomu nenamítám | 226 | 43,1 | 95 | 74,2 | 131 | 33,1 |
| neschvaluji | 51 | 9,7 | 12 | 9,4 | 39 | 9,8 |
| zásadně neschvaluji | 240 | 45,8 | 19 | 14,8 | 221 | 55,8 |
| nevím | 7 | 1,3 | 2 | 1,6 | 5 | 1,3 |
| Celkem | 524 | 100,0 | 128 | 100,0 | 396 | 100,0 |

V. VÝSLEDKY A DISKUSE

Celkový počet respondentů, kteří vyplnili dotazník, činil 562. Po provedení logické a optické kontroly, bylo vyřazeno celkem 27 nedokončených dotazníků, 5 dotazníků s chybnými či záměrně špatně udanými údaji (např. rok narození 1824, dg. blbost aj.) a 6 dotazníků, v kterých byla kladná odpověď na otázky týkající se relevinu.

Do šetření bylo zařazeno 524 správně a úplně vyplněných dotazníků. Jejich výsledky jsou zpracovány v předchozích kapitolách a uvedeny ve formě tabulek a grafů s textovým komentářem. Na základě analýzy drogové problematiky byly stanoveny hypotézy, které verifikujeme níže. Uvedené verifikace hypotéz nám napomohou získat přehled míry užívání návykových látek u OZP.

Předmětem výzkumu se stali osoby OZP. Celkem šlo o 524 respondentů, z toho 128 mužů (24,4 %) a 396 žen (75,6 %). Nejpočetnější zastoupení respondentů bylo v kategorii 25-34 let a to 232, téměř 44 %, z toho 31 % mužů a 69 % žen. Nejmenší zastoupení bylo ve věkových kategoriích 45-54 let (10 %) a 55 let a více (6 %).

Nejpočetněji byl zastoupen okres Praha (31 %) a Středočeský kraj (14 %). Nejméně odpovídalo z kraje hradeckého a to pouze 4 respondenti (0,8 %).

V partnerském stavu druh, družka žije 44 % respondentů, 34 % respondentů je svobodných. 15 % žije ve svazku manželském a 5 % respondentů jsou rozvedeni.

Skupinu středoškoláků s maturitou tvoří 47 %, následuje skupina středoškoláků bez maturity 30 %. Nejméně je vysokoškoláků 3 %.

Největší a to nadpoloviční skupinu souboru, tvoří vnitřní onemocnění. (51 %) Dále je v souboru zastoupena skupina sluchového postižení (21 %), tělesného postižení (14 %), zrakového (11 %), duševního (2 %) a jednoprocentní mentálního postižení. Mezi muži je nejpočetnější skupinou tělesné postižení (34 %), čtvrtina mužů je sluchově postižených a 4 respondenti mají duševní postižení (3 %). U žen trpí vnitřním onemocněním celých 61 % a sluchovým postižením 22 %. Tělesným postižením pak desetina z nich, duševním postižením 2 % a mentálním necelé procento.

40 % respondentů pobírá částečný invalidní důchod a 19 % plný invalidní důchod, jiný důchod pobírá necelé procento. Respondentů, kteří nepobírají žádný důchod je 28 %.

Dále bychom mohly konstatovat, že populace OZP se v užívání návykových látek až na jisté excesy neliší od běžné populace v ČR.

Velké výkyvy můžeme sledovat například u užívání cannabinoidů, kterých v posledním roce užilo 71,6 % souboru OZP, tento průměr v ČR tvoří 4,8 % a evropský 3,8 %. Ovšem v užití v posledním měsíci u souboru OZP kleslo na 13,2 %. Jak je patrné u souboru OZP je užívání cannabinoidů ve velké míře. Samotná ČR se řadí na první příčky v užívání cannabinoidů. Stejně tak se řadí do popředí v užívání extáze a alkoholu.

Extázi v našem souboru užilo v posledním roce 11,8 %, měsíční konzumace klesla na 2,1 % souboru OZP. Můžeme předpokládat, že většina ročních uživatelů drogu zkusili jednorázově (experimentálně) nebo od užívání ustoupili. Stejně tak, jako u cannabinoidů stojí ČR na předních příčkách v prevalenci užívání. Evropský průměr doživotní prevalence se pohybuje na 2,8 % evropské populace, zatímco v ČR je to 7,1 %.

Alkohol užívá 79,2 % souboru OZP a výjimečně ho užívá téměř dvě desetiny (resp. 19,6 %). ČR je v prevalenčních odhadech na prvních příčkách a to z pohledu evropského, tak i celosvětového. Šetření ESPAD r. 2007 ukázalo, že mezi 11letými dětmi (5. třída ZŠ) jsou relativně rozšířené zkušenosti s pitím alkoholu (67 %), například spotřeba alkoholu v ČR na osobu činí 185,8 litru a přepočteno na hodnotu čistého lihu je to 10,4 litru, uvádí ČSU. Konsenzus²⁰ českých odborníků je takový, že takto vysoké prevalence užívání vysvětlují, jako výsledek celkově vyšší tolerance. Čechů k návykovým látkám. České děti totiž dlouhodobě vedou i v pití alkoholu a kouření cigaret, proto v dospělosti je tolerance znatelně vyšší.

Tabák užívá či užívalo, tedy těch co mají alespoň jednu celoživotní zkušenost s tabákem, je 73,3 %. Což můžeme stejně jako u předchozích návykových látek považovat za poměrně vysoké číslo. Z tohoto počtu je nynějších uživatelů 52,9 % respondentů.

V tzv. těžkých drogách se soubor OZP pohybuje téměř na nule nebo ve velmi nízkých procentech, jak v porovnání s prevalencemi v ČR, tak porovnání evropském.

20 Konsenzus - shoda názorů, souhlas, společný postoj, součinnost (Slovník cizích slov, 2009).

10 Ověření hypotéz

10.1 Hypotéza H1: Častějšími uživateli tabáku jsou muži.

Podle tabulek 10 - 11 můžeme shrnout níže uvedené výsledky.

Celoživotní prevalence tabáku souboru OZP:

- ano 73,3 % souboru, (81,3 % z mužů a 70,7 % z žen);
- ne 26,7 % dotazovaných, (18,8 % z mužů a 29,3 % z žen).

Prevalence tabáku u souboru kuřáků OZP:

- nyní 66,1 % kuřáků (z žen kuřáček je to 50,7 % a z mužů 69,2 %);
- v minulosti 33,9 % kuřáků (z žen kuřáček je to 49,3 % a z mužů 30,7 %);

Prevalence kuřáků, nekuřáků a odnaučených kuřáků u souboru OZP:

- nekuřáci 26,7% dotazovaných (z žen je to 29,3 % a z mužů 18,8 %);
- kuřáci 52,3% (z žen je to 50,7 % a z mužů 64,1 %);
- odnaučený kuřáci 21% (z žen je to 20,7 % a z mužů 17,2 %).

Kouřit někdy v životě zkuselo 73,3 % souboru. Mezi muži je to dokonce 81,3 %, z žen 70,7 %. Pouze dvě desetiny respondentů mužů a necelá třetina nikdy v životě nekouřilo tabákové výrobky, můžeme je tedy považovat za nekuřáky (z mužů 18,8 % a z žen je to 29,3 %). Po odpočtu těch, kteří kouřili v minulosti, je současných kuřáků více jak polovina z dotazovaných (52,3 %), mezi ženami je současných kuřáček 50,7 % a z mužů 64,1 %.

Podle výše uvedených výsledků našeho šetření můžeme konstatovat, že **Hypotéza H1: Častějšími uživateli tabáku jsou muži; se potvrdila.**

10.2 Hypotéza H2: Příležitostnými konzumenty alkoholu jsou více ženy než muži.

Podle výsledků analýzy uvedené v Tabulkách 12 – 13 nám vypovídají o tom, že alkohol v posledním roce konzumovalo necelých 99 % respondentů. Z celého souboru je 19,6 %

těch respondentů, kteří konzumují alkohol výjimečně. Výjimečných konzumentů alkoholu je 10,7 % mužů a 89,3 % žen. V souboru žen je výjimečných konzumentek 23,2 % a v souboru mužů je to 8,6 %.

Zkoumáme-li frekvenci poslední konzumace alkoholu, tak 27,4 % souboru konzumentů (61,1 % mužů konzumentů, 16,6 % žen konzumentek) alkoholu přiznalo konzumaci v posledním týdnu. V posledním měsíci požilo alkoholický nápoj 30,1 % souboru konzumentů (27 % mužů konzumentů, 31,1 % žen konzumentek). 42,5 % (11,9 % mužů konzumentů, 52,3 % žen konzumentek) z konzumentů alkoholu, jej požilo více jak před měsícem. Příležitostnou konzumaci alkoholu máme na mysli, konzumaci několikrát do měsíce a tak se subjektivně cítí respondenti.

Podle uvedených výsledků může říci, že **Hypotéza H2: Příležitostnými konzumenty alkoholu jsou více ženy než muži; byla potvrzena.**

10.3 **Hypotéza H3:** Ženy převyšují muže v užívání tlumivých léků (sedativa a tišící prostředky) non lege-artis²¹ (bez lékařského předpisu).

S ohledem na téma zaměření této práce, bychom mohli výraz non lege-artis zaměnit za misúzus, termín, který se pojí nejčastěji se zneužíváním léků a jejich nevhodnou aplikací. Ovšem vzhledem k souboru OZP je velký předpoklad, že ve většině případů bude indikace zmíněných prostředků na základě bolestí a disharmonie způsobené onemocněním. Nemůžeme tedy striktně předpokládat, že léky užívají k vyvolání příjemných stavů. Výsledky spíše ukazují na vysokou míru užívání těchto prostředků v populaci OZP.

Míru užívání léků, v našem případě tišících prostředků a sedativ, mezi muži a ženami určíme na základě výsledků analýzy výsledků šetření a podle Tabulky 16 můžeme shrnout níže uvedené výsledky.

Způsob získání léků při posledním užití u souboru OZP:

²¹ **non lege artis** - postup, který nesplní pravidla pro to být označen za 'lege artis'. Jedná se o postupy medicínský neověřené, ty, které nejsou dle aktuálních nejnovějších vědeckých poznatků, zastaralé nebo méně účinné (či až případně nebezpečné). (Slonvík cizích slov on-line)

- na lékařský předpis získalo 34,8 % uživatelů;
- od známého 11,7 % uživatelů;
- zakoupilo bez předpisu 47,1 % uživatelů;
- získalo jiným způsobem 6,4 % uživatelů.

Způsob získání léků při posledním užití u souboru OZP z pohledu pohlaví:

- na lékařský předpis získalo 54,5 % z mužů a 28,5 % z žen;
- od známého 9,9 % z mužů a 12,3 % z žen;
- zakoupilo bez předpisu 24 % z mužů a 54,5 % z žen;
- získalo jiným způsobem 11,6 % z mužů a 4,7 % z žen.

Z těchto výsledků je zjevné užití tisíců prostředků a sedativ non lege-artis za posledních 12 měsíců u 65,2 % souboru. Znamená to, že dvě třetiny souboru užilo tyto léky bez lékařského předpisu, tedy získané od známého, zakoupením ve volném prodeji nebo jiným způsobem. Z této skupiny uživatelů léků non lege-artis je 45,5 % mužů ze souboru mužů a 71,5 % z žen. Z toho podílu je jasně patrný významný statistický rozdíl mezi pohlavími ($p < 0,05$, χ^2), tudíž **hypotéza H3 byla potvrzena.**

10.4 Hypotéza H4: Užívání kanabinoidů je u souboru OZP nižší než u běžné populace v ČR a Evropě.

Podle Tabulek 17 - 19 můžeme shrnout níže uvedené výsledky.

Prevalence kanabinoidů u našeho souboru OZP:

- v posledním roce užilo 71,6 % souboru;
- v posledních 30 dnech 13,2 % dotazovaných.

Odhady uvedené dále se týkají dospělé populace (15–64 let) a vycházejí z nejnovějších dostupných údajů.

Orientační přehled — odhady užívání konopí v ČR: (Mravčík a kol, 2008)

- v ČR je celoživotní prevalence: u běžné populace 21 %;

- užití v posledním roce: 9,3 % běžné populace;
- užití v posledním měsíci: 4,8 % českých dospělých.

Orientační přehled — odhady užívání konopí v Evropě: (EMCDDA, 2008a; Příloha 1)

- celoživotní prevalence: nejméně 71 milionů (21,8 % evropských dospělých);
- užití v posledním roce: asi 23 milionů evropských dospělých (6,8 %), respektive jedna třetina celoživotních uživatelů (rozdíly mezi zeměmi: celkový rozptyl 0,8 až 11,2 %);
- užití v posledním měsíci: více než 12 milionů Evropanů (3,8 %).

Mezinárodní srovnání

Evropské údaje lze srovnat s údaji z jiných částí světa. Například ve Spojených státech odhadl národní průzkum o užívání drog a zdraví celoživotní prevalenci užívání konopí mezi mladými dospělými (15–34 let, přepočítalo centrum EMCDDA) na 49 % a prevalenci v posledním roce na 21 %. U stejné věkové skupiny činila celoživotní prevalence užívání konopí v Kanadě (2004) 58 % a prevalence v posledním roce 28 %, zatímco v Austrálii (2004) to bylo 48 % a 20 %. Všechny tyto údaje jsou vyšší než odpovídající evropský průměr, který činí 31 % a 13 % v tomto pořadí (EMCDDA, 2008a).

Podle našich zjištění předkládáme, že prevalence konopí v posledních 12 měsících u OZP je 71,6 % souboru. Ovšem evropský průměr je mnohonásobně menší a to 6,8 %, v České republice je prevalence u této drogy vyšší než evropský a to 9,3 % dospělé populace. Českou republiku toto zjištění zařazuje na třetí místo mezi tři země Evropy, kde byly tyto prevalence zjištěny nejvyšší.

Užití v posledních 30 dnech udává 13,2 % našich respondentů, v ČR u obecné populace je tato prevalence 4,8 % a v Evropě 3,8 %. V těchto prevalencích je opět ČR ve výroční zprávě za rok 2008 EMCDDA uvedena v popředí a to jako třetí zemi s nejvyšší prevalencí této drogy, spolu s Francií a Spojeným královstvím.

Celkové srovnání s prevalenčními odhady v ČR a v Evropě docházíme vcelku k alarmujícímu zjištění a to, že OZP užívají konopné drogy nesrovnatelně více v posledním roce a téměř trojnásobek v posledním měsíci, co ve stejných obdobích obecná populace. Ačkoli EMCDDA (2008a) uvádí, že podle nejnovějších údajů z průzkumů ve školách a mezi dospělou populací naznačují, že v některých zemích se celkové užívání konopí stabilizovalo nebo klesá. I přes rozdílné národní trendy jsou stále zřejmé a mezi zeměmi existují významné rozdíly.

Závěrem pak můžeme valorizovat, že **Hypotéza H4: že užívání kanabinoidů je u souboru OZP nižší než u běžné populace v ČR a Evropě; se nepotvrdila.**

10.5 Hypotéza H5: U mužů se vyskytuje vyšší prevalence užití konopných látek za poslední rok a to jak u souboru OZP, tak běžné dospělé populace v ČR. podle Tabulky 17 můžeme shrnout níže uvedené výsledky.

Prevalence uživatelů kanabinoidů u mužů a u žen souboru OZP v posledních 12 měsících:

- muži: 79,7 %;
- ženy: 68,9 %.

Odhady uvedené dále se týkají dospělé populace (15–64 let) a vycházejí z nejnovějších dostupných údajů.

Prevalence uživatelů kanabinoidů u mužů a u žen běžné populace v ČR v posledních 12 měsících: (Mravčík a kol, 2008)

- muži: 12,6 %;
- ženy: 6 %.

Shrňme-li výsledky, nalézáme 79,7 % prevalenci u mužů uživatelů v souboru OZP a v běžné populaci mužů v ČR je takovýchto uživatelů 12 %. U žen jsou tyto výsledky stejně rozdílné, u žen souboru OZP je to 68,9 % a v běžné populaci v ČR je to 6 %.

K objasnění těchto výsledků se můžeme domnívat, že metodou snowball sampling došlo k nabalování soubpopulace podobných úzusů. Ti, kteří nominovali další respondenty, se pohybovali ve stejných společenských kruzích a s podobnými návyky. Přesto je prevalence užívání cannabinoidů v souboru OZP neuvěřitelně vysoká. Zároveň také můžeme předpokládat, že takovýto výsledek mohlo ovlivnit rozhodování respondentů, zda dotazník vyplnit či ne. U neuživatelů návykových látek nemuselo být toto téma dotazníkového šetření zajímavé, a proto jej nevyplnili.

Můžeme tak konstatovat, že **Hypotéza H5:** *U mužů se vyskytuje vyšší prevalence užití konopných látek za poslední rok a to jak u souboru OZP, tak běžné dospělé populace v ČR; se potvrdila*

10.6 Hypotéza H6: Prevalence užívání „těžkých“ drog, jako je např. extáze za posledních 12 měsíců i za posledních 30 dní je u souboru OZP nižší než u běžné populace v ČR a Evropě.

Nejprve bychom si měli upřesnit, co si pod pojmem „lehké“ a tvrdé“ drogy máme představit. Toto obecně známé a poměrně rozšířené dělení drog, se více méně řídí legalitou drogy a mírou vzniku závislosti. Do tzv. „lehkých“ drog můžeme zahrnout tabák, kávu, konopí a alkohol. U alkoholu se mnoho odborníků pozastavuje a řadí alkohol na pomezí mezi „lehou“ a „těžkou“ drogou. „Tvrdou“ drogou máme na mysli ostatní drogy, v našem případě konkrétně extázi (MDMA), amfetaminy, heroin a LSD. Minařík (2008) uvádí upřesňující tabulky (viz Tabulka 1) podle míry rizika. Látky s vyšší mírou rizika jsou označovány jako „tvrdé“ drogy, látky a nižší mírou rizika jako drogy „měkké“. Rizika spojená s užíváním jsou míněna v tělesné, duševní i sociální oblasti.

Podle Tabulek 21 - 22 můžeme shrnout níže uvedené výsledky.

Prevalence extáze u našeho souboru OZP:

- v posledních z posledních 12 měsíců užilo 11,8% souboru;
- v posledních 30 dnech 2,1% dotazovaných.

Odhady uvedené dále se týkají dospělé populace (15–64 let) a vycházejí z nejnovějších dostupných údajů.

Orientační přehled — odhady užívání extáze v ČR: (Mravčík a kol, 2008)

- v ČR je celoživotní prevalence: u běžné populace 7,1 %;
- užití v posledním roce: 1,4% běžné populace;
- užití v posledním měsíci 1,1% českých dospělých.

Orientační přehled — odhady užívání extáze v Evropě: (EMCDDA, 2008a)

- celoživotní prevalence: asi 9,5 milionu (2,8 % evropských dospělých)
- užití v posledním roce: více než 2,6 milionu (0,8%), respektive jedna třetina celoživotních uživatelů (rozdíly mezi zeměmi: celkový rozptyl 0,2 až 3,5 %);
- užití v posledním měsíci: více než 1 milion

Alespoň jednu zkušenost s extází za posledních 12 měsíců přiznalo 12 % dotazovaných OZP, u běžné populace v ČR 1,4 % a 0,8 % v Evropě. V posledních 30 dnech 1,3 % u souboru OZP, 1,1 % běžné populace v ČR.

Z výše uvedených výsledků a podle EMCDDA (2008a) je Česká republika na prvním místě v užívání extáze v posledních 30 dnech, jak u běžné populace (15-64let 3,5 %), tak i u mladých dospělých (15-35let 7,7 %) (viz Příloha 2). V tomto nás utvrzují i výsledky naší studie a nejsou proto pro nás natolik zarážející svou výší. Bohužel tyto čísla jsou pro adiktology a jiné odborníky velice poplašné.

Ověření naší **Hypotézy H6:** *že prevalence „těžkých“ drog, jako je např. extáze za posledních 12 měsíců i za posledních 30 dní je u souboru OZP nižší než u běžné populace v ČR a Evropě; se tedy nepotvrdila.*

10.7 Hypotéza H7: Většina respondentů souhlasí s výrokem: „Lidem by mělo být dovoleno užívat hašiš nebo marihuanu.“

Jak nám předkládá Tabulka 28, jsou výsledky na zmíněný výrok následující:

Vyjádření názoru u souboru OZP:

- naprosto souhlasně se vyslovalo 50,4% souboru;
- převážně souhlasilo 22,9% dotazovaných;
- nemohlo se s tímto výrokiem ztotožnit ani odmítnout 9,9% dotazovaných;
- převážně nesouhlasilo 6,5% dotazovaných;
- zásadně nesouhlasilo 10,3% respondentů.

Z výsledků je patrné, že převážná většina respondentů vyjádřila svůj kladný názor na zmíněný výrok. Do skupiny, která souhlasí s výrokiem (ať již naprosto nebo převážně) se zařadilo celkem 73,3%. Můžeme tedy konstatovat, že souhlas vyslovila téměř třičtvrtina respondentů.

Převážně nesouhlasilo a zásadně nesouhlasilo 16,8% souboru. Tedy čtvrtina respondentů vyjádřila svůj nesouhlas. Téměř desetina, konkrétně 9,9%, svůj názor nevyjádřili, resp. nedokázali se ztotožnit s žádným názorem na výrok.

Hypotézu 7: *že většina respondentů souhlasí s výrokiem: „Lidem by mělo být dovoleno užívat hašiš nebo marihuanu.“*, můžeme valorizovat s výrokiem, že **byla potvrzena**.

10.8 Hypotéza H8: Ženy mají zodpovědnější postoje ke zneužívání psychotropních látek než muži.

Podle Tabulek 28 - 31 a Grafu 11 můžeme shrnout níže uvedené výsledky.

Vyjádření názoru u souboru OZP na výrok: „Lidem by mělo být dovoleno užívat hašiš nebo marihuanu“:

- naprosto souhlasně se vyslovalo 66,4% z mužů a 45,2% z žen;
- převážně souhlasilo 13,3% z mužů a 26% z žen;
- nemohlo se s tímto výrokiem ztotožnit ani odmítnout 7 % z mužů a 10,9% z žen;
- převážně nesouhlasilo 6,3% z mužů a 6,6% z žen;
- zásadně nesouhlasilo 7,0% z mužů a 11,4% z žen.

Vyjádření názoru na jednání: *Vyzkoušet jednou nebo dvakrát extázi:*

- nic proti tomu nenamítám se vyslovalo 74,2% z mužů a 33,1% z žen;
- neschvaluji se vyslovalo 9,4% z mužů a 9,8% z žen;
- zásadně neschvaluji se vyslovalo 14,8% z mužů a 55,8% z žen;
- nevím se vyslovalo 1,6% z mužů a 1,3% z žen.

Vyjádření názoru na jednání: *kouřit deset nebo více cigaret denně:*

- nic proti tomu nenamítám se vyslovalo 38,3% z mužů a 31,3% z žen;
- neschvaluji se vyslovalo 33,6% z mužů a 34,6% z žen;
- zásadně neschvaluji se vyslovalo 25,8% z mužů a 34,1% z žen;
- nevím se vyslovalo 2,3% z mužů a 0% z žen.

Vyjádření názoru na jednání: *pít jeden nebo dva alkoholické nápoje několikrát týdně:*

- nic proti tomu nenamítám se vyslovalo 78,9% z mužů a 70,5% z žen;
- neschvaluji se vyslovalo 9,4% z mužů a 15,9% z žen;
- zásadně neschvaluji se vyslovalo 7,8% z mužů a 12,4% z žen;
- nevím se vyslovalo 3,9% z mužů a 1,3% z žen.

S legalizací marihuany nesouhlasilo převážně 6,3% z mužů a 6,6% z žen a zásadně nesouhlasilo 7,0% z mužů a 11,4% z žen. Negativním postojem k užití extáze (jednou až dvakrát) se vyjádřilo 9,4% z mužů a 9,8% z žen a zásadně neschvaluje 14,8% z mužů a 55,8% z žen. 33,6% z mužů a 34,6% z žen neschvaluje kouřit deset a více cigaret denně a zásadně toto užívání neschvaluje 25,8% z mužů a 34,1% z žen. K názoru pít jeden až dva alkoholické nápoje denně se negativním postojem vyslovalo 9,4% z mužů a 15,9% z žen a zásadně s tímto nesouhlasilo 3,9% z mužů a 1,3% z žen.

Podle výše uvedených údajů je jasno patrné, že **Hypotéza H8: ženy mají zodpovědnější postoje ke zneužívání psychotropních látek než muži; byla potvrzena.**

Shrneme-li celkově dotazníkové šetření, tak bylo pro náš výzkum sebráno dostatečné množství dat. Konkrétně 524 respondentů. On-line zpracování dotazníku bylo, až na časté úpravy (lingvistického charakteru), dostatečné a graficky přívětivé. Samotný

pokus o distribuci dotazníkového šetření on-line, byl překvapivě úspěšný. V prvním týdnu odpovědělo pouze 18 respondentů. Což bychom mohli nejprve označit, za nedostatečně obsáhlý soubor OZP. V následujících týdnech byl v databázi znatelný rapidní nárůst respondentů. Bylo tak možno označit, že metoda sněhové koule začala fungovat. Pro podporu této metody, byla v průvodním dopise žádost, aby respondenti dále nominovali další potencionální respondenty OZP (viz Příloha 6). A to především z důvodu, že šlo o vyhledání skryté subpopulace OZP.

Velkým přínosem je i samotná naše nová zkušenost s on-line dotazníkem. Názory na takovéto dotazníky se různí. Většina metodologů zabývajících se on-line dotazníky se soustředí na on-line dotazníky marketingového typu. Dotazníky toho typu se vyskytují zřídka kdy a většinou je vytváří studenti jako nástroj pro své práce nebo soukromé subjekty k vlastním průzkumům. Oblast webového prostoru, co by úložiště pro dotazníky, se postupně rozvíjí i mimo marketingové šetření. Stejně tak, jako u dotazníků face-to-face se můžeme u on-line dotazníků, setkat s jistou mírou mystifikace odpovědí. Digitalizace (on-line řešení) je bezesporu přínosem pro dotazníkové šetření ve smyslu nákladovém a časovém. Z hlediska nákladů jsou nároky minimální. Čas věnovaný digitalizaci je nepoměrně menší než čas, který by byl potřeba vyvinout při zadávání dotazníků nebo při samotném vyplňování tazatelem a jejich následné vkládání dat do příslušných statistických programů.

Ve výše uvedených výsledcích a verifikacích hypotéz, jasně vidíme základní výsledky dotazníkového šetření.

Závěrem je vhodné upozornit, do jakých výšek stoupají náklady na řešení drogové problematiky.

V r. 2007 dosáhly výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku 557,6 mil. Kč, z toho ze státního rozpočtu bylo vydáno 367,0 mil. Kč, kraje a obce přispěly částkou 128,4, resp. 62,3 mil. Kč. Z celkem 557,6 mil. Kč bylo 160,8 mil. Kč (28,8 %) vydáno na prosazování práva, 152,6 mil. Kč (27,4 %) na léčbu, 141,0 mil. Kč (25,3 %) na harm reduction, 48,7 mil. Kč (8,7 %) na primární prevenci a 20,5 mil. Kč (3,7 %) na následnou péči. Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu se v posledních 5 letech vzhledem k HDP a celkovým státním výdajům relativně snižují. (Mravčík a kol., 2008)

V roce 2005 bylo vypočítáno, že celkové veřejné výdaje související s drogami v evropských zemích činí 13 miliard EUR až 36 miliard EUR (EMCDDA, 2007). Jedná se o odhad získaný extrapolací celkových výdajů souvisejících s drogami u šesti zemí (Belgie, Maďarsko, Nizozemsko, Finsko, Švédsko, Spojené království). Nedávno byl předložen revidovaný odhad, který zahrnuje údaje z dalších zemí (Česká republika, Francie, Lucembursko, Polsko, Slovensko) (EMCDDA, 2008a).

Podle nového odhadu činí veřejné výdaje související s drogami v Evropě 34 miliard EUR (95% interval spolehlivosti, 28–40 miliard EUR), což odpovídá 0,3 % společného hrubého domácího produktu všech členských států EU. Z toho vyplývá, že státní výdaje na drogovou problematiku stojí průměrného občana EU 60 EUR ročně. Tato čísla však kvůli omezeným údajům, z nichž vycházejí, musí být stále brána jako orientační (EMCDDA, 2008a).

VI. ZÁVĚR

Závěrem můžeme shrnout splnění našich cílů a úkolů.

Hlavním cílem práce bylo určení prevalenčních odhadů užívání návykových látek v populaci zdravotně postižených osob, které se nám provedlo realizovat na základě dotazníkového šetření. Výsledky byly uvedeny v tabulkách a grafech opatřeny textovým komentářem.

Úkoly byly splněny s následujícími výsledky:

- Literární rešerše byla provedena z dostupné odborné literatury a celosvětových, evropských i republikových šetření. Písemnosti dostupné v našich podmínkách jsou dostačující a někdy až nepřeberné. Ovšem jako ve většině odvětví chybí mnohdy ustálená dělení a klasifikace, kterou nacházíme téměř vždy více či méně rozdílnou;
- Charakteristika výběrového souboru OZP na základě definice převzaté od realizačního týmu studie: Výběrové šetření o ZP osobách. Definice byla pro zkoumaný vzorek srozumitelná a pomohla nám tak vybrat subpopulaci OZP;

- Vybrané metody k dosažení cíle byly vhodně zvolené a přinesly kýžené výsledky;
- Sestavení dotazníkového šetření z validních dotazníků příslušných instancí byl vhodným krokem a nabízel nám zjištění dat, které byly pro naše šetření přínosné;
- Digitalizace dotazníku se obešla bez větších problémů. Pro další výzkumy bychom doporučili úpravy dotazníku, které jsme uvedli. Umístění on-line ve webovém prostoru, se obešlo bez technických problémů a po celou dobu šetření nedošlo k jeho výpadku;
- Provedení pilotního průzkumu on-line dotazníku bylo velice přínosné a napomohlo tak upravit méně srozumitelné dotazy a technické problémy při vyplňování. Ostatní připomínky byly spíše lingvistického charakteru;
- Odkaz na dotazníkové šetření byl rozeslán OZP z adresáře autora a na emailové adresy, které byly veřejně dostupné na stránkách jednotlivých společností, spolků a sdružení. Po té docházelo k nabalování respondentů metodou sněhové koule;
- Návrh dotazníkového šetření můžeme celkově zhodnotit jako dostačující. Na dotazník odpovědělo 562 respondentů, z čehož bylo do šetření zařazeno 524 správně a úplně vyplněných dotazníků. Vzhledem k tomu, že dotazník byl uveřejněn pouze tři měsíce, jsme s počtem respondentů spokojeni. Nesmíme ovšem zapomenout, že primárně oslovení OZP respondenti byli dopředu obeznámeni a po obdržení dotazníku odkaz rozeslali na již připravené emaily.
- Na základě výsledků jsme stanovili hypotézy, které byly verifikovány a to následovně:

Hypotéza H1: Potvrdilo se, že častějšími uživateli tabáku jsou muži.

Hypotéza H2: Potvrdilo se, že příležitostnými konzumenty alkoholu jsou více ženy než muži.

Hypotéza H3: Ženy převyšují muže v užívání tlumivých léků (sedativa a tišící prostředky) non lege-artis (bez lékařského předpisu), se potvrdila.

Hypotéza H4: Nepotvrdilo se, že užívání kanabinoidů je u souboru OZP nižší než u běžné populace v ČR a Evropě.

Hypotéza H5: U mužů se vyskytuje vyšší prevalence užití konopných látek za poslední rok, a to jak u souboru OZP, tak běžné dospělé populace v ČR, se potvrdila.

Hypotéza H6: Prevalence užívání „těžkých“ drog, jako je např. extáze za posledních 12 měsíců i za posledních 30 dní, je u souboru OZP výrazně nižší než u běžné populace v ČR a Evropě, se nepotvrdila.

Hypotéza H7: Potvrdilo se, že většina respondentů souhlasí s výrokem: „Lidem by mělo být dovoleno užívat hašiš nebo marihuanu.“.

Hypotéza H8: Potvrdilo se, že ženy mají zodpovědnější postoje ke zneužívání psychotropních látek než muži.

- Metoda on-line dotazníkového šetření byla přínosná co do počtu získání reprezentativního vzorku. V případě metody dotazníku face-to face, je jistá nesrovnatelnost u požadavku na čas a výdaje. U klasické metody dotazníkového šetření je velká náročnost na čas, na dostatečnou edukaci tazatelů a v neposlední řadě, pak shromáždění příslušného vzorku. U on-line dotazníku šířeného metodou snowball sampling, tak došlo k naplnění našeho předpokladu o získání dostatečného počtu respondentů. Kladně můžeme zhodnotit anonymitu šetření, kterou nám zaručuje webový prostor, který data přímo ukládal do databáze bez IP adres respondentů a podobných indikátorů vedoucích k jejich odhalení.

Pro větší výzkumy bychom jistě doporučili delší sledované období s větší subvencí (podporou). Dále bychom doporučili vybrané úpravy dotazníku, které by bylo vhodné upravit s větším týmem odborníků a metodologů.

SZNAM LITERATURY

1. ANDERSON, P., BAUMBERG, B. *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective. A Report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
2. BEČKOVÁ, I., VIŠŇOVSKÝ, P. *Farmakologie drogových závislostí*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 1999, 112 s. ISBN 80-7184-864-6
3. DVOŘÁČEK, J. Zvládání akutní intoxikace a odvykacích stavů. In KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 392. ISBN 978-80-247-1411-0.
4. CSÉMY, L. a kol. *ESPAD 07: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách. Česká republika, 2007*. Přehled hlavních výsledků za rok 2007 a trendů za období 1995 až 2007 [online]. 25.01.2008. [cit. 2008-11-21]. Dostupný na World Wide Web: http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/53608/238466/file/TK%20ESPAD_def_pdf.zip
5. DENSCOMBE, M. *The Good Research Guide: for Small-scale Social Research Projects*. Buckingham: Open University Press, 1998. ISBN 0335198066.
6. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST (EMCDDA). *Výroční zpráva za rok 2008: Stav drogové problematiky v Evropě* [online]. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2008a. 97 s. ISBN 978-92-9168-320-8. 2008. [cit. 2008-11-21]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_CS EMCDDA_ARO8_cs.pdf>.
7. DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). *Amphetamines, ecstasy and LSD* [online]. 2008b. [2008-11-15] Dostupný na World Wide Web: <<http://www.emcdda.europa.eu/themes/drug-situation/amphetamines>>.
8. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST (EMCDDA). *Výroční zpráva za rok 2007: Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2007. 97 s. ISBN 978-92-9168-320-8.
9. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
10. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 136 s. ISBN 80-247-0135-9.
11. HARTNOLL, R. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (Snowball Sampling)*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.108. ISBN 80-86734-08-0
12. HEINRICH, J. a kol. *Analýza dopadů zákona č. 411/2005 Sb. a souvisejících předpisů na dopravní nehodovost*. Brno: 2007 Dostupný na World Wide Web: <http://www.mdcr.cz>
13. HONEJ, P. *Encyklopedie psychotropních rostlin - tabák* [online]. 2007. [cit. 2008-02-18]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3rnic.html>>.
14. INFORMAČNÍ CENTRUM OSN V PRAZE. *Světová zpráva o drogách 2008: Závislost na drogách je nemoc* [online]. 26.06.2008. [cit. 2008-10-07]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=1426>>.
15. KACHLÍK, P. *Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence* [online]. Brno: Pedagogická fakulta, 2003. [cit. 2009-02-05]. Dostupný na World Wide Web:

- < <http://www.zkola.cz/zkedu/zaskolou/socialnepatologickejevyajejichprevence/zavislosti/zavislostobecne/15020.aspx>>.
16. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. - mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 169 – 173. ISBN 80-86734-05-6.
 17. KALINA, K. a kol. *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. 118. ISBN 80-238-8014-4.
 18. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 392. ISBN 978-80-247-1411-0.
 19. KRÁLÍKOVÁ, E. Tabák a závislost na tabáku. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. - mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 205 – 210. ISBN 80-86734-05-6.
 20. KUDRLE, S. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 392. ISBN 978-80-247-1411-0.
 21. KUTINOVÁ- CANOVÁ, N. *Sedativa a hypnotika* [online]. [cit. 27.2. 2009] Dostupný na World Wide Web: <<http://el.lf1.cuni.cz/sedativahypnotika/>>.
 22. MIOVSKÝ, M. Halucinogenní drogy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. - mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b. s. 169 – 173. ISBN 80-86734-05-6.
 23. MIOVSKÝ a kol. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 548. ISBN 978-80-247-0865-2.
 24. MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. - mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a. s. 174 – 179. ISBN 80-86734-05-6.
 25. MIOVSKÝ, M. *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice: Albert, 1996. 108 s. ISBN 80-85834-35-9
 26. MINAŘÍK, J. *Alkohol* [online]. 2004a. [cit. 2007-11-14]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100046>>.
 27. MINAŘÍK, J. *Nikotin* [online]. 2004b. [cit. 2007-11-14]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100056>>.
 28. MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. - mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b. s. 159 – 163. ISBN 80-86734-05-6.
 29. MINAŘÍK, J. *Organická rozpouštědla, resp. těkavé látky* [online]. 2004c. [cit. 2008-02-25]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.odrogach.cz/upl/texty/100039s_Tekavelatky.doc>.
 30. MINAŘÍK, J. *Stimulační drogy* [online]. 2004d. [cit. 2008-10-5]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=115&list=115&shw=100051>>.

31. MINAŘÍK, J. Stimulancia. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. - mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a. s. 164 – 168. ISBN 80-86734-05-6.
32. MINAŘÍK, J. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 392. ISBN 978-80-247-1411-0.
33. Ministerstvo vnitra ČR. *Statistické přehledy kriminality v r. 2007*. MV ČR. [online] 12.12.2008 [cit. 14. 8. 2009] Dostupný na World Wide Web: http://web.mvcr.cz/archiv2008/statistiky/krim_stat/2007/index.html#0706; zobrazeno: 2008-09-05
34. MLČOCH, Z. *Stadia alkoholismu* [online]. 3.4.2009 [cit. 14. 8. 2009] Dostupný na World Wide Web: <http://www.alkoholik.cz/stadia_alkoholismu.htm>.
35. MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-22-2.
36. MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. ISBN 978-80-87041-46-8
37. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). Léky - podrobně [online]. 04.10.2005. [cit. 2009-02-29]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/leky/leky_podrobne>.
38. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). *Světová zpráva o drogách 2008 (UNODC)* [online]. 27.05.2009. [cit. 2009-8-25]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/svetova_zprava_o_drogach_2008_unodc>.
39. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). Odhad prevalence problémových uživatelů drog metodou zpětného zachytu [online]. 04.10.2007a. [cit. 2009-02-28]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.drogy-info.cz>>
40. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). Rozdíly v užívání drog mezi muži a ženami (studie EMCDDA) [online]. 14.09.2007b. [cit. 2009-07-25]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/vyzkum/studie_emcdda_rozdily_v_uzivani_drog_mezi_muzy_a_zenami>.
41. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). Toluen – omezení v uvádění na trh nebo do oběhu [online]. 14.09.2007c. [cit. 2009-07-24]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/tekave_latky/toluen_zmena_v_uvadeni_na_trh_nebo_do_obehu>.
42. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (NMSDDZ). ESPAD – populační průzkumy [online]. 14.09.2007d. [cit. 2009-07-24]. Dostupný na World Wide Web: http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/populacni_pruzkumy/evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach
43. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 151 s. ISBN 80- 7178- 831- 7
44. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Praha: Sportpropag, 2003. 104 s.

45. NEŠPOR, K. a kol. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha : Portál, 1999. 112 s. ISBN 80-7178-299-8
46. NOVÁKOVÁ, D. *Metodika protidrogové prevence pro pedagogy*. 2. vyd. Praha: Národní centrum podpory zdraví, 1995. 14 s. ISBN 80-7071-012-8
47. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP, 1997. 348 s. ISBN 80-85917-36-X.
48. PETRÁŠOVÁ, L., FRÝDECKÁ, L., BARBORKOVÁ, E. *Češi se propili na špici spotřeby alkoholu* [online]. 02.12.2008. [cit. 2009-5-21]. Dostupný z World Wide Web: <http://zpravy.idnes.cz/cesi-se-propili-na-spici-spotreby-alkoholu-f2c-/domaci.asp?c=A061202_130331_domaci_jan>.
49. POPOV, P. Programy metadonové péče a jiné substituce. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. - mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 205 – 210. ISBN 80-86734-05-6.
50. PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf, 1994. 85 s. ISBN 80-85800-18-7
51. Přestupkový zákon 200/1990 Sb. [on-line] – 17.04.2009. [cit. 2008-07-13] Dostupné z World Wide Web: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=200/1990
52. PUNCH, K. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 150 s. ISBN 9788073673819.
53. RIESEL, P. *Lesk a bída drog*. Olomouc: Votobia, 1999. 94 s. ISBN 80-7198-348-9.
54. SHAPIRO, H. *Drogy – obrazový průvodce*. Praha: Svojtka, 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0
55. Slovník cizích slov [on-line] 12.02.2008. [cit. 2009-05-06]. Dostupné z World Wide Web: <http://www.slovník-cizich-slov.cz>
56. TYLER, A. *Drogy v ulicích*. Praha: 2000. s.426. ISBN 80-237-3606-X
57. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). 2008 World Drug Report [online]. Vienna: United Nations Publication, 2008. 2.12.2008. [cit. 2008-12-02]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf>.
58. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog*. Praha: ÚZIS ČR, 2006. s.76. ISBN 80-7280-636-X
59. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). *Statistické vyhodnocení*. [on-line] 12.12.2008. [cit. 2009-05-06]. Dostupné z World Wide Web: <http://www.uzis.cz>
60. Vorlová, K., Mravčík, V. *Drogy a řízení*. In *Zaostřeno na drogy*. Interní měsíčník 6, 1-12. (2008)
61. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc : UP v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4
62. 167/1998 Sb. *Zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů*.

SEZNAM TABULEK

_Toc239703212

| | |
|--|----|
| Tabulka 1: Rozdělení drog podle míry rizika (Minařík, 2008) | 27 |
| Tabulka 2: Změny pocitů a chování v závislosti na hladině alkoholu v krvi (Kachlík, 2003). | 30 |
| Tabulka 3: Léky s možným vznikem závislosti (NMSDDZ, 2005)..... | 33 |
| Tabulka 4: Zastoupení jednotlivých pohlaví v celém souboru..... | 74 |
| Tabulka 5: Míra účasti respondentů podle jednotlivých věkových kategorií souboru | 74 |
| Tabulka 6: Zastoupení respondentů podle jednotlivých krajů | 75 |
| Tabulka 7: Zastoupení rodinného stavu v souboru a z pohledu pohlaví..... | 77 |
| Tabulka 8: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů | 77 |
| Tabulka 9: Zastoupení jednotlivých druhů zdravotního postižení u souboru OZP | 78 |
| Tabulka 10: Celoživotní zkušenost s tabákem (ano = alespoň jedna zkušenost během života) | 81 |
| Tabulka 11: Nynější a bývalý konzumenti tabáku, kteří měli alespoň jednu zkušenost během života..... | 81 |
| Tabulka 12: Konzumace alkoholických nápojů v posledních dvanácti měsících | 82 |
| Tabulka 13: Období poslední konzumace alkoholického nápoje (u respondentů, kteří konzumovali alkohol v posledním roce) | 83 |
| Tabulka 14: Užití léků (sedativa a tišící látky) v posledních dvanácti měsících | 83 |
| Tabulka 15: Frekvence užití léků (sedativa a tišící látky) u celého souboru v posledních 30 dnech..... | 84 |
| Tabulka 16: Způsob získání léků při posledním užití | 85 |
| Tabulka 17: Užití marihuany nebo hašiše v posledních 12 měsících..... | 87 |
| Tabulka 18: Užití marihuany nebo hašiše v posledních 30 dnech..... | 88 |
| Tabulka 19: Frekvence užití marihuany nebo hašiše v posledních 30 dnech (jen u těch, kteří někdy v životě marihuanu užili) | 88 |
| Tabulka 20: Věk prvního užití kanabinoidů (jen u těch, kteří někdy v životě užili marihuanu) | 89 |
| Tabulka 21: Užití extáze v posledních 12 měsících | 89 |
| Tabulka 22: Užití extáze v posledních 30 dnech..... | 90 |
| Tabulka 23: Užití amfetaminu během posledních 12 měsíců | 90 |
| Tabulka 24: Užití amfetaminu během 30 dní..... | 90 |
| Tabulka 25: Užití kokainu v posledních 12 měsících | 91 |
| Tabulka 26: Užití kokainu v posledních 30 dnech | 91 |
| Tabulka 27: Názory respondentů na závislého člověka | 93 |
| Tabulka 28: Názory respondentů na výrok: „Lidem by mělo být dovoleno užívat hašiš nebo marihuanu“? | 94 |
| Tabulka 29: Názory na otázku týkající se užívání denního užívání alkoholu | 96 |
| Tabulka 30: Názory na otázku týkající se užívání kouření deseti a více cigaret denně... .. | 96 |
| Tabulka 31: Názory na otázku týkající se užití extáze jednou či dvakrát..... | 96 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|----|
| Graf 1: Procentuální zastoupení jednotlivých krajů NUTS2 (vymezení územních jednotek NUTS v ČR pro potřeby EU při financování regionálních projektů) v souboru (N=524) .. | 76 |
| Graf 2: Procentuální zastoupení jednotlivých krajů NUTS3 (vymezení územních jednotek NUTS v ČR pro statistické a analytické potřeby ČSÚ) v souboru (N=524) | 76 |
| Graf 3: Míra zdravotního postižení –tak jak ji stanovili respondenti (N=524) | 78 |
| Graf 4: Potřeba zdravotní pomůcky (vč. slepeckého a asistenčního psa) (N=524) | 79 |
| Graf 5: Zastoupení jednotlivých druhů bydlení respondentů (N=524) | 79 |
| Graf 6: Přehled počtu respondentů z pohledu ekonomické aktivity (N=524) | 80 |
| Graf 7: Přehled počtu respondentů pobírajících dávky sociálního zabezpečení z hlediska druhu dávky (N=524) | 80 |
| Graf 8: Konzumace tabáku z hlediska kuřáků, nekuřáků a bývalých kuřáků v souboru (N=524) | 82 |
| Graf 9: Uživatelé léků (sedativa a tišící léky) v posledním roce podle věkových kategorií (N=524) | 84 |
| Graf 10: Rozdíly v užívání jednotlivých drog ve všech zkoumaných obdobích (N=524) .. | 86 |
| Graf 11: Rozdílné tolerance respondentů k dennímu užívání alkoholu, dennímu užívání cigaret a ojedinělému vyzkoušení extáze | 95 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|-----|
| Příloha 1: Prevalence užívání konopí v běžné populaci v Evropě | 119 |
| Příloha 2: Prevalence užívání extáze v běžné populaci v Evropě | 120 |
| Příloha 3: Prevalence užívání kokainu v běžné populaci v Evropě | 121 |
| Příloha 4: Slovník vybraných pojmů drogové terminologie..... | 122 |
| Příloha 5: Přehled ostatních dostupných drog na českém a evropském trhu..... | 125 |
| Příloha 6: Průvodní dopis k Dotazníku sledující prevalenci užívání návykových látek u osob zdravotně postižených (OZP) | 126 |
| Příloha 7: Dotazník sledující prevalenci užívání návykových látek u osob zdravotně postižených (OZP) | 127 |

Příloha 1: Prevalence užívání konopí v běžné populaci v Evropě (EMCDDA, 2008a)

| Tabulka 2: Prevalence užívání konopí v běžné populaci – shrnutí údajů | | | |
|---|---|--|--|
| Věková skupina | Časový rámec užívání | | |
| | Celoživotní | V posledním roce | V posledním měsíci |
| 15–64 let | | | |
| Odhad počtu uživatelů v Evropě | 71,5 milionu | 23 milionů | 12,5 milionu |
| Evropský průměr | 21,8% | 6,8% | 3,8% |
| Rozsah | 1,7–36,5% | 0,8–11,2% | 0,5–8,7% |
| Země s nejnižší prevalencí | Rumunsko (1,7%), Malta (3,5%), Bulharsko (4,4%), Kýpr (6,6%) | Malta (0,8%), Bulharsko (1,5%), Řecko (1,7%), Švédsko (2,0%) | Malta (0,5%), Švédsko (0,6%), Litva (0,7%), Bulharsko (0,8%) |
| Země s nejvyšší prevalencí | Dánsko (36,5%), Francie (30,6%), Spojené království (30,1%), Itálie (29,3%) | Itálie, Španělsko (11,2%), Česká republika (9,3%), Francie (8,6%) | Španělsko (8,7%), Itálie (5,8%), Spojené království, Francie, Česká republika (4,8%) |
| 15–34 let | | | |
| Odhad počtu uživatelů v Evropě | 42 milionů | 17,5 milionu | 10 milionů |
| Evropský průměr | 31,2% | 13% | 7,3% |
| Rozsah | 2,9–49,5% | 1,9–20,3% | 1,5–15,5% |
| Země s nejnižší prevalencí | Rumunsko (2,9%), Malta (4,8%), Bulharsko (8,7%), Kýpr (9,9%) | Malta (1,9%), Řecko (3,2%), Kýpr (3,4%), Bulharsko (3,5%) | Řecko, Litva, Švédsko (1,5%), Bulharsko (1,7%) |
| Země s nejvyšší prevalencí | Dánsko (49,5%), Francie (43,6%), Spojené království (41,4%), Španělsko (38,6%) | Španělsko (20,3%), Česká republika (19,3%), Francie (16,7%), Itálie (16,5%) | Španělsko (15,5%), Francie, Česká republika (9,8%), Spojené království (9,2%) |
| 15–24 let | | | |
| Odhad počtu uživatelů v Evropě | 20 milionů | 11 milionů | 6 milionů |
| Evropský průměr | 30,7% | 16,7% | 9,1% |
| Rozsah | 2,7–44,2% | 3,6–28,2% | 1,2–18,6% |
| Země s nejnižší prevalencí | Rumunsko (2,7%), Malta (4,9%), Kýpr (6,9%), Řecko (9,0%) | Řecko, Kýpr (3,6%), Švédsko (6,0%), Bulharsko, Portugalsko (6,6%) | Řecko (1,2%), Švédsko (1,6%), Kýpr, Litva (2,0%) |
| Země s nejvyšší prevalencí | Dánsko (44,2%), Česká republika (43,9%), Francie (42,0%), Spojené království (39,5%) | Česká republika (28,2%), Španělsko (24,3%), Francie (21,7%), Spojené království (20,9%) | Španělsko (18,6%), Česká republika (15,4%), Francie (12,7%), Spojené království (12,0%) |
| Informace vycházejí z posledního průzkumu, který je pro každou zemi k dispozici. Studie byly provedeny v letech 2001 až 2007. Průměrná prevalence pro Evropu byla vypočítána jako průměr vážený podle populace dané věkové skupiny v každé zemi. Zemím, pro které nebyly k dispozici žádné informace, byla přisouzena průměrná prevalence v EU. Populace použité jako základ: 15–64 (328 milionů), 15–34 (134 milionů) a 15–24 (64 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci“ ve Statistickém věstníku 2008. | | | |

Příloha 2: Prevalence užívání extáze v běžné populaci v Evropě (EMCDDA, 2008a)

| Tabulka 4: Prevalence užívání extáze v běžné populaci – shrnutí údajů | | |
|---|--|---|
| Věková skupina | Časový rámec užívání | |
| | Celoživotní | V posledním roce |
| 15–64 let | | |
| Odhad počtu uživatelů v Evropě | 9,5 milionu | 2,6 milionu |
| Evropský průměr | 2,8 % | 0,8 % |
| Rozsah | 0,3–7,3 % | 0,2–3,5 % |
| Země s nejnižší prevalencí | Rumunsko (0,3 %), Řecko (0,4 %), Malta (0,7 %), Litva (1,0 %) | Řecko, Malta (0,2 %), Dánsko, Polsko (0,3 %) |
| Země s nejvyšší prevalencí | Spojené království (7,3 %), Česká republika (7,1 %), Irsko (5,4 %), Španělsko (4,4 %) | Česká republika (3,5 %), Spojené království (1,8 %), Estonsko (1,7 %), Slovensko (1,6 %) |
| 15–34 let | | |
| Odhad počtu uživatelů v Evropě | 7,5 milionu | 2,5 milionu |
| Evropský průměr | 5,6 % | 1,8 % |
| Rozsah | 0,5–14,6 % | 0,4–7,7 % |
| Země s nejnižší prevalencí | Rumunsko (0,5 %), Řecko (0,6 %), Malta (1,4 %), Litva, Polsko (2,1 %) | Řecko (0,4 %), Itálie, Polsko (0,7 %), Dánsko, Litva, Portugalsko (0,9 %) |
| Země s nejvyšší prevalencí | Česká republika (14,6 %), Spojené království (13,0 %), Irsko (9,0 %), Slovensko (8,4 %) | Česká republika (7,7 %), Spojené království (3,9 %), Estonsko (3,7 %), Nizozemsko, Slovensko (2,7 %) |
| Informace vycházejí z posledního průzkumu, který je pro každou zemi k dispozici. Studie byly provedeny v letech 2001 až 2007. Průměrná prevalence pro Evropu byla vypočítána jako průměr vážený podle populace dané věkové skupiny v každé zemi. Zemím, pro které nebyly k dispozici žádné informace, byla přisouzena průměrná prevalence v EU. Populace použité jako základ: 15–64 (328 milionů), 15–34 (134 milionů) a 15–24 (64 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci“ ve Statistickém věstníku 2008. | | |

Příloha 3: Prevalence užívání kokainu v běžné populaci v Evropě (EMCDDA, 2008a)

| Tabulka 4: Prevalence užívání extáze v běžné populaci – shrnutí údajů | | |
|---|--|---|
| Věková skupina | Časový rámec užívání | |
| | Celoživotní | V posledním roce |
| 15–64 let | | |
| Odhad počtu uživatelů v Evropě | 9,5 milionu | 2,6 milionu |
| Evropský průměr | 2,8 % | 0,8 % |
| Rozsah | 0,3–7,3 % | 0,2–3,5 % |
| Země s nejnižší prevalencí | Rumunsko (0,3 %), Řecko (0,4 %), Malta (0,7 %), Litva (1,0 %) | Řecko, Malta (0,2 %), Dánsko, Polsko (0,3 %) |
| Země s nejvyšší prevalencí | Spojené království (7,3 %), Česká republika (7,1 %), Irsko (5,4 %), Španělsko (4,4 %) | Česká republika (3,5 %), Spojené království (1,8 %), Estonsko (1,7 %), Slovensko (1,6 %) |
| 15–34 let | | |
| Odhad počtu uživatelů v Evropě | 7,5 milionu | 2,5 milionu |
| Evropský průměr | 5,6 % | 1,8 % |
| Rozsah | 0,5–14,6 % | 0,4–7,7 % |
| Země s nejnižší prevalencí | Rumunsko (0,5 %), Řecko (0,6 %), Malta (1,4 %), Litva, Polsko (2,1 %) | Řecko (0,4 %), Itálie, Polsko (0,7 %), Dánsko, Litva, Portugalsko (0,9 %) |
| Země s nejvyšší prevalencí | Česká republika (14,6 %), Spojené království (13,0 %), Irsko (9,0 %), Slovensko (8,4 %) | Česká republika (7,7 %), Spojené království (3,9 %), Estonsko (3,7 %), Nizozemsko, Slovensko (2,7 %) |
| Informace vycházejí z posledního průzkumu, který je pro každou zemi k dispozici. Studie byly provedeny v letech 2001 až 2007. Průměrná prevalence pro Evropu byla vypočítána jako průměr vážený podle populace dané věkové skupiny v každé zemi. Zemím, pro které nebyly k dispozici žádné informace, byla přisouzena průměrná prevalence v EU. Populace použité jako základ: 15–64 (328 milionů), 15–34 (134 milionů) a 15–24 (64 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci“ ve Statistickém věstníku 2008. | | |

Příloha 4: Slovník vybraných pojmů drogové terminologie

Abstinence – takové jednání, které vede ke zdržení se užívání alkoholu nebo jiné drogy a to z důvodů zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, morálních, právních či jiných. Ten, kdo abstínuje, může být nazýván jako „abstinent.“ (Kalina a kol. 2001)

Abstinenční syndrom (odvykací syndrom, *absták*)²² – soubor různě závažných a různě kombinovaných příznaků, které se objevují po úplném nebo relativním vysazení nebo snížení dávek psychoaktivní látky (drogy), která byla užívána opakovaně, dlouhodobě a/nebo ve vysokých dávkách (Nešpor a kol., 1999).

Abúzus (abusus, zneužívání) – v češtině přesněji *nadužívání*, což znamená nadměrné užívání drog, nebo jejich užívání za nepřijatelné situace, např. v dětském a mladistvém věku, ženami v průběhu těhotenství, dospělými osobami při práci apod. Jedná se o takové užívání drog, které nepříznivě ovlivňuje fyzický a duševní vývoj člověka (Nožina, 1997).

Adiktologie – obor či odborná disciplína zabývající se zneužíváním drog, drogovými závislostmi a odbornou pomocí osobám a skupinám, které jsou drogami ohroženy. Může mít čistě medicínský nebo mezioborový charakter. (Kalina a kol. 2001)

Akutní intoxikace – je přechodný stav po aplikaci alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky, který vede k poruchám na úrovni vědomí, rozpoznávacích schopností (kognitivních funkcí), vnímání, emotivity nebo chování a jiných tělesných a duševních funkcí a reakcí. U dětí a dospívajících jsou akutní intoxikace poměrně časté, poněvadž k nim dochází i po poměrně malých dávkách alkoholu a jiných návykových látek (Nešpor, Csémy, 2003).

AIDS (Acquired Immuno-Defficiency Syndrome) – Obvyklá zkratka pro smrtelné onemocnění známé jako syndrom získaného selhání imunity, ve kterém je imunitní systém oslaben a neschopen bojovat proti infekcím a nádorovému bujení. Onemocnění je způsobeno virem zvaným HIV (Human Immuno-Defficiency Virus). Mezi uživateli drog je hlavní cestou přenosu viru HIV sdílení injekčního náčiní. (Kalina a kol. 2001)

„Bad trip“ – slangový výraz pro negativní zážitek po užití drogy (nejčastěji halucinogeny či cannabis, ale také amfetaminy a jiné stimulanty), při němž se v různé míře objevuje nejrůznější směs následujících příznaků: pocit ztráty kontroly, poruchy vnímání vlastního těla, prostoru a času, deprese, úzkost, bizarní a děsivé halucinace, strach ze šílenství, smrti nebo katastrofy, zoufalství a sebevražedné myšlenky. To může být doprovázeno fyzickými symptomy, jako pocení, bušení srdce, zvracení a poruchy citlivosti, brnění. (Kalina a kol. 2001)

Craving (bažení) – je silná touha nebo pocit puzení užívat látku. Nešpor a kol. (1999)

Dealer – prodejce drog, který nejčastěji představuje konečný článek nezákonného obchodu s drogami. Dealer na drogové scéně může být profesionál nebo poloprofesionál, který provádí distribuci drog jako výdělečnou činnost. Mezi ním a

²² Přítomnost odvykacího syndromu je jedním z kritérií pro diagnózu závislosti. Abstinenční příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. (Kalina a kol. 2001)

spotřebiteli se většinou nachází ještě několik dealerů z řad uživatelů drog, kteří si tímto způsobem opatřují drogy pro vlastní potřebu. (Kalina a kol. 2001)

Detoxikace – metoda, proces, jehož smyslem je zbavit organismus návykové látky. To se může dít buď bez použití léků, nebo za jejich cílené podpory na překonání odvykacích příznaků (někdy se v takovém případě rovněž hovoří o **detoxifikaci**). Detoxikace i detoxifikace má připravit klienta na další léčbu. (Kalina a kol. 2001)

Designer drugs – substance, které jsou strukturou i účinkem příbuzné kontrolovaným (nelegálním) drogám, ale které dosud nejsou uvedené na seznamech nelegálních látek. Termín je také často užíván i pro označení nových drog vyrobených s předem stanovenými účinky (tzv. „drogy na zakázku“). (Kalina a kol. 2001)

Drogová mortalita. Udává počet (nově) zjištěných úmrtí v souvislosti s drogami během určitého časového období. Platí, že smrt je registrována jako smrt v souvislosti s drogami, jen pokud existuje zcela zřejmé kauzální spojení s užíváním drog (nebo substituentů). Za drogové úmrtí tedy nelze automaticky považovat každé úmrtí za přítomnosti drog (y). (Zábranský, 2003)

Epidemiologie - se zabývá zkoumáním míry výskytu určitého onemocnění v populaci a jej podporujících příčin (např. problémové užívání drog), čímž systematicky monitoruje skupiny zdravotních problémů a rizik chování v celé komunitě nebo populaci. (Kalina a kol. 2001)

Flashback je stav jako po požití drogy, s níž má osoba zkušenost, přestože tato droga požitá nebyla. S flashbacky se můžeme setkat především u pervitinu, halucinogenů a drog z konopí. Nešpor a kol. (1999)

Harm reduction – užívaná zkratka HR²³, který se obvykle nepřekládá do češtiny, označuje přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko života a zdraví ohrožujících infekcí, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti. (Kalina a kol. 2001)

Misúzus – termín, který se pojí nejčastěji se zneužíváním léků a jejich nevhodnou aplikací (samoléčitelství, kdy jsou léky užívány k vyvolání příjemných stavů a úlevy, bez korektního medicínského opodstatnění) (Kachlík, 2003).

Narkomanie – starší termín pro zneužívání narkotik (omamných látek), jehož ekvivalentním výrazem je toxikomanie. Slouží k popisu a vysvětlení fenoménu dlouhodobého zneužívání drog a je definován jako opakované užívání psychoaktivní látky nebo více látek v míře, kdy je uživatel (toxikoman) periodicky nebo chronicky intoxikovaný, má nutkání užívat dané látky a činí mu velké problémy úmyslně zastavit nebo změnit jejich užívání. Klíčovým indikátorem toxikomanie bývá obvykle zvýšená *tolerance* a výskyt *odvykacího (abstinenčního) syndromu*. (Kalina a kol. 2001)

²³ Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací, kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích. HR se provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork), nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. (Kalina a kol. 2001)

Narkomanie označuje chorobnou touhu po užití omamujících látek (narkotik). Při konzumaci vzniká chorobná závislost na nich s následnými tělesnými a duševními poruchami. Termín se používá v souvislosti s látkami vyvolávajícími stavy typicky narkotické (např. morfin) (Nožina 1997).

Narkotika jsou látky tlumící bolest, uspávající, uklidňující (označení také pro látky využívané k provádění narkózy) (Nožina 1997).

Okno označuje stavy, kdy si piják nevzpomíná na určité období opilosti.

Prevalence – míra výskytu konkrétního stavu či situace nebo nemoci, která je obvykle vyjádřena v počtu případů na 10.000 lidí v dané populaci (Kalina a kol. 2001).

Předávkování – užití jakékoli drogy v takovém množství, které vyvolá vážné fyzické nebo psychické nežádoucí účinky. Předávkování může mít přechodné nebo trvalé následky, v krajních případech může způsobit smrt (Kalina a kol. 2001).

Relaps – návrat k pití nebo k užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti. Rychlost, se kterou se pak příznaky závislosti vrátí, se považuje za klíčový indikátor při posuzování stupně závislosti. Relaps bývá doprovázen souborem nejrůznějších příznaků, např. deprese, rezignace, pocity viny, hněv, které prohloubí a upevní obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry (Kalina a kol. 2001).

Tolerance - lze vysvětlit jako komplexní biologickou funkci, v níž podstatnou úlohu hraje jednak schopnost odbourávat toxické účinky drogy, a také zralost centrální nervové soustavy. Droga po určitém čase již nevyvolává tak silný účinek a pro dosažení žádoucího účinku musí člověk požit zvýšené množství látky. Farmakologové charakterizují toleranci jako jev, který se projevuje snižujícím se účinkem stejného množství látky (Nožina, 1997).

Toxikomanie – je pojem, který dříve označoval závislost na drogách, blíže viz narkomanie. Nožina (1997) také rozlišuje termíny narkomanie a toxikomanie následujícím způsobem: výraz toxikomanie používá poněkud zjednodušeně pro označení fenoménu zneužívání především nealkoholových drog, kdežto pojem narkomanie by měl být správně používán pouze v souvislosti s látkami (např. morfin) vyvolávajícími narkotické stavy.

Toxická psychóza („stíha“) – psychotická porucha, která je vyvolaná zneužíváním psychotropních látek. Typicky se vyskytuje po psychostimulanciích a halucinogenech. Obraz toxické psychózy je velmi podobný schizofrenii. Při závažnějším průběhu toxické psychózy může být jedinec nebezpečný sobě i ostatním. Toxická psychóza odeznívá většinou spontánně, bez potřeby medikace, v některých případech je ovšem zapotřebí psychoterapeutická nebo poradenská podpora. (Kalina a kol. 2001)

Úzus – termín (někdy též nahrazován pojmem *konzumace*) označující užívání drog v omezeném, kontrolovaném množství, které nepoškozuje zdraví, nepůsobí rušivě na chování člověka a neohrožuje mezilidské vztahy (Nožina, 1997).

Příloha 5: Přehled ostatních dostupných drog na českém a evropském trhu

Vvolně dle Shapira (2005)

Amylnitrit (tekuté zlato, buchar) jeden ze skupiny nitritů. Podobné účinky stimulantům. Většinou se užívá kvůli sexuálnímu potěšení.

Anabolické steroidy – syntetické deriváty testosteronu, hormonu, přirozeně se vyskytujícího se v těle zodpovědný za vývoj a funkci mužských pohlavních orgánů.

DMT (Byznysmenův oběd) velice silný halucinogen, prášek *cohoba* ze semen stromu „yopo“.

Fencyklidin (PCP, andělský prach, droga šílenství) – anestetiku s halucinogenními, stimulačními a uklidňujícími účinky. Chemicky příbuzný ketaminu. Navozuje změny vnímání jako LSD.

Fentanyl (bílá Čína, čínská hoka, TNT, apač) – syntetické analgetikum, na trhu pod názvem Sublimaze, je osmdesátkrát až stokrát účinnější než morfin.

GHB (tekutá extáze, tekutina X, fantazie) kyselina gama-hydroximáselná, anestetikum s tlumivými účinky. Uvolňuje společenské zábrany a zvyšuje libido. Účin je přirovnán k extázi nebo Quaalude.

Ketamin (K, vitamin K, ket, sůcial K) silné anestetikum s halucinogenním účinkem, ale je to stimulant a droga tlumící bolest opiátového typu.

Kofein – stimulant ovlivňující CNS a způsobující aktivitu a bdělost.

Metylfenidát (Ritalin) – stimulační droga příbuzná amfetaminu, má však mírnější účinky. Léčivo pro děti se syndromem poruchy pozornosti s hyperaktivitou.

Oxykodon (OxyContin, OxyNorm, Percodan, hillbilly heroin) – polysyntetické narkotické analgetikum, odvozené od kodeinu.

PMA (Mitsubishi turbo, para-metoxamfetamin) – syntetický amfetamin se stimulačními a halucinogenními účinky podobnými extázi (MDMA) a drogám MDA.

Propoxyfen (darvon, darvocet, dextropropoxyphene) je narkotické analgetikum, chemicky příbuzné metadonu.

STP a DOM – jsou chemicky totožné halucinogenní amfetaminy příbuzné skupině drog kolem MDA a MDMA.

4-MTA (Flatliners) syntetická droga, chemicky podobná amfetaminu a tanečním drogám, jako je MDMA.

Příloha 6: Průvodní dopis k Dotazníku sledující prevalenci užívání návykových látek u osob zdravotně postižených (OZP)

Dobrý den!

Jsem studentkou posledního ročníku dálkového studia Fakulty tělesné a pracovní výchovy zdravotně postižených UK v Praze a momentálně zpracovávám diplomovou práci na téma: **Prevalence užívání návykových látek u osob zdravotně postižených (OZP)** (včetně alkoholu, tabáku aj.). Vzhledem k tomu, že bych ráda toto téma rozšířila i dále a věnovala se mu jako hlavnímu tématu v dalším postgraduálním studiu, Vás žádám o spolupráci a pomoc.

Mnohé studie se zabývají sice drogami a zdravotně postiženými osobami, ovšem samostatně nebo v jiném kontextu. **Prozatím žádnou státní institucí nebyla provedena studie zabývající se problematikou drog u zdravotně postižených osob.** Z toho důvodu není bohužel možnost kde čerpat tyto údaje, pro zpracování výše uvedeného tématu. Proto Vás tímto žádám o spolupráci se získáním základních údajů, které mi mohou pomoci se základním zmapováním prevalence užívání návykových látek u zdravotně postižených osob. Získaná anonymní data budou zpracována v diplomové práci s výše uvedeným názvem.

Prosím o vyplnění dotazníkového šetření umístěného na:

<http://hippo.feld.cvut.cz/dotaznik/>

nebo o předání tohoto emailu vašim přátelům, klientům či spolupracovníkům, kteří splňují „statut“ osoby zdravotně postižené (OZP), pro které je určen. Vyplnění trvá cca 10-15min a je zcela anonymní.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

S pozdravem a přáním krásného dne

Bc. LenkaMarie Šperlová

Dotazy a info: Tel: 777900169

777900169@email.cz

dotaznikove.setreni@gmail.cz

Příloha 7: Dotazník sledující prevalenci užívání návykových látek u osob zdravotně postižených (OZP)

Dotazník sledující prevalenci užívání návykových látek u osob zdravotně postižených (OZP)

Dotazník je zcela anonymní a je určen pro osoby zdravotně postižené. Údaje budou sloužit pro Studii prevalence užívání návykových látek u ZP pro diplomovou práci. Pro vyplnění dotazníku je závazná níže uvedená definice zdravotně postižené osoby, která vysvětluje tento pojem.

Definice zdravotně postižené osoby:

„Zdravotně postiženou je osoba, jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“

Dotazník má dvě části. V prvním oddíle se nachází otázky mapující Vaše základní údaje, jako je věk, pohlaví aj. a upřesňující Vaše postižení včetně jeho míry. Druhá část se zaměřuje na Vaše zkušenosti a názory na užívání návykových látek, včetně alkoholu a tabáku.

Vyplnění dotazníku trvá cca 10 - 15min.

Mnohokrát děkuji za spolupráci :o)

Vyplnit dotazník

1. Pohlaví :

| |
|------|
| muž |
| žena |

2. Datum narození (vyplňte rok ve tvaru RRRR) :

| |
|--|
| |
|--|

3. Okres bydliště (vyplňte pouze okres) :

| |
|--|
| |
|--|

4. Rodinný stav :

| |
|--------------------------|
| svobodný(á) ... |
| ženatý, vdaná..... |
| druh, družka..... |
| rozvedený(á) |
| vdovec, vdova |
| registrované partnerství |

Vysvětlivky :

1 ... svobodný(á)

2 ... ženatý, vdaná

3 ... **druh, družka** (osoby, které jsou svobodné, ale žijí se svým druhem/družkou nebo partnerem/partnerkou, pacient rozvedený, ale v současné době žije se svým druhem/družkou nebo partnerem/partnerkou, pak zakroužkujte kód druh, družka.

4 ... **žijící odděleně** (pacienti, kteří jsou stále sezdání, ale s manželem/manželkou již nežijí. Totéž platí pro registrované partnerství.)

5 ... **rozvedený(á)**

6 ... **vdovec, vdova**

7 ... **registrované partnerství** (pacienti, kteří jsou stále sezdání, ale s manželem/manželkou již nežijí).

5. Nejvyšší dosažené vzdělání :

| |
|-------------------------|
| základní... |
| střední bez maturity |
| střední s maturitou ... |
| vyšší odborné |
| vysokoškolské... |
| není známo. |

Vysvětlivky :

1 ... **bez vzdělání** (nedokončený vzdělávací program základního vzdělávání, základního vzdělávání v základní škole speciální, dříve pomocné škole)

2 ... **základní** (úspěšně ukončený vzdělávací program základního vzdělávání v základní škole (dříve i ve zvláštní škole) nebo v základní škole speciální (dříve pomocné škole), na nižším stupni šestiletého nebo osmiletého gymnázia nebo v odpovídající části osmiletého vzdělávacího programu konzervatoře; úspěšně ukončený kurs pro získání základního vzdělání)

3 ... **střední bez maturity** (úspěšně ukončený vzdělávací program středního vzdělávání v délce 1 až 3 let denní formy vzdělávání bez maturity (s výučním listem i bez výučního listu)

4 ... **střední s maturitou** (úspěšně ukončený vzdělávací program šestiletého nebo osmiletého gymnázia, vzdělávací program v délce 4 let denní formy vzdělávání ukončený vykonáním maturitní zkoušky, vzdělávací program nástavbového studia v délce 2 let denní formy vzdělávání nebo vzdělávací program zkráceného studia pro získání středního vzdělání s maturitní zkouškou; zahrnuje i pomaturitní kursy)

5 ... **vyšší odborné** (úspěšně ukončený akreditovaný vzdělávací program vyšší odborné školy, úspěšně ukončený šestiletý nebo osmiletý

vzdělávací program konzervatoře)

6 ... vysokoškolské (úspěšně ukončený akreditovaný studijní program vysoké školy (bakalářský, magisterský nebo doktorský)

7 ... není známo.

6. Zdravotní postižení :

| |
|----------|
| tělesné |
| zrakové |
| sluchové |
| mentální |
| duševní |
| vnitřní |
| jiné |

Vysvětlivky :

Pokud můžete specifikujte blíže vaše postižení uvedením diagnózy (dg.) Do vnitřního onemocnění patří onemocnění vnitřních orgánů, a to zejména nemoci oběhové soustavy (nemoci srdce, cév, hypertenze, infarkty aj.), novotvary (zhoubné i nezhooubné) a nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (diabetes mellitus, crohnova nemoc, cystická fibroza, epilepsie aj.)

Blíže specifikace postižení :

| |
|--|
| |
|--|

7. Příčina postižení :

| |
|------------------------|
| vrozené postižení |
| způsobené úrazem |
| způsobené nemocí |
| stařecká polymorbidita |
| omezení způsobilosti |
| není známo a jiné |

8. Míra postižení :

| |
|---------------|
| lehké |
| středně těžké |
| těžké |
| velmi těžké |

9. Potřeba pomůcky, psa (vodící, asistent) :

| |
|--------------------------------|
| žádnou nepotřebuje |
| má odpovídající |
| má nevyhovující, nedostatečnou |
| není známo a jiné |

10. Bydlení :

| |
|------------------------------------|
| standardní byt (s bariérami) |
| standardní byt s bezbar.úpravami |
| byt zvláštního určení |
| byt v domě zvláštního určení |
| byt v domě s pečovatelskou službou |
| chráněné bydlení |
| podporované bydlení |
| lůžko v zařízení sociální péče |
| jiné |

Vysvětlivky :

1 ... standardní byt (s bariérami)

2 ... standardní byt s bezbariérovými úpravami

3 ... byt zvláštního určení (byt speciálně upravený pro potřeby osob s těžkým zdravotním postižením)

4 ... byt v domě zvláštního určení

5 ... byt v domě s pečovatelskou službou

6 ... chráněné bydlení (bydlení v bytě v běžné zástavbě, který je specializovaným zařízením majícím charakter domácnosti, je vlastněn poskytovatelem služeb. Služba je určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost. Tyto osoby se v chráněném bydlení učí soběstačnosti.)

7 ... podporované bydlení (služba je poskytována stejným klientům, jako u chráněného bydlení, je však poskytována ve vlastním bytě uživatele a podstatou služby je pomoc s vedením domácnosti včetně hospodaření, péče o byt, popř. pomoc v oblasti osobní péče)

8 ... lůžko v zařízení sociální péče

9 ... jiné

11. Ekonomická aktivita :

| |
|---------------------------|
| dítě (0-14 let) |
| studující |
| zaměstnaný(á), OSVČ apod. |
| nezaměstnaný(á) |
| nepracující důchodce |
| pracující důchodce |
| v domácnosti, vč. RD |
| není známo a ostatní |

Vysvětlivky :

Rozhodující je současný stav. Do položky „zaměstnaný(á)“ spadá např. zaměstnanec, ale i OSVČ, člen družstva apod.

12. Pobírání dávek sociálního zabezpečení :

| |
|---|
| částečného invalidního důch.z důch.poj. |
| plného invalidního důch.z důch.poj. |
| jiného důchodu z důchodového poj. |
| příspěvku na péči podle zák.o soc.služb |
| opakujících se dávek sociální péče |
| jiné rodinné dávky soc.zabezpečení |
| nepobírá žádný důchod ani soc. dávky |
| není známo |

Vysvětlivky :

- 1 ... částečného invalidního důchodu z důchodového pojištění
- 2 ... plného invalidního důchodu z důchodového pojištění
- 3 ... jiného důchodu z důchodového pojištění (starobní, vdovský, vdovecký, sirotčí)
- 4 ... příspěvku na péči podle zákona o sociálních službách
- 5 ... opakujících se dávek sociální péče (pouze z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu nebo z důvodu sociální potřeby)
- 6 ... jiné rodinné dávky sociálního zabezpečení (rodičovský příspěvek, sociální příspěvek, příspěvek na úhradu potřeb dítěte, příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu)
- 7 ... nepobírá žádný důchod ani sociální dávky
- 8 ... není známo

1. Kouříte tabák ve formě cigaret, doutníků nebo dýmky ?

| |
|-----|
| ano |
| ne |

2. Kouřili jste již někdy v minulosti ?

| |
|-----|
| ano |
| ne |

3. Pili jste v průběhu posledních dvanácti měsíců nějaký alkohol ?

| |
|--|
| ano |
| ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.8) |

4. Jak často pijete alkohol ?

| |
|---------------------------------|
| 4x týdně nebo častěji |
| 2-3x týdně |
| 2-4x za měsíc |
| jednou za měsíc nebo méně často |

5. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti ?

| |
|--------------------------------|
| každý den nebo téměř každý den |
| jednou za týden |
| jednou za měsíc |
| méně často než jednou za měsíc |
| nikdy |

6. Pili jste v průběhu posledních 30 dní nějaký alkohol ?

| |
|--|
| ano |
| ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.8) |

7. Jak často jste v průběhu posledních 30 dní pili alkohol ?

| |
|--------------------------------|
| každý den nebo téměř každý den |
| několikrát týdně |
| nejméně jednou týdně |
| méně často než jednou týdně |

8. Užívali jste během posledních dvanácti měsíců nějaká sedativa nebo tišící prostředky?

| |
|---|
| ano |
| ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.13) |

9. Jak často užíváte sedativa nebo tišící prostředky ?

| |
|---------------------------------|
| 4x týdně nebo častěji |
| 2-3x týdně |
| 2-4 za měsíc |
| jednou za měsíc nebo méně často |

10. Užili jste během posledních 30 dní nějaké sedativum nebo tišící prostředek ?

| |
|---|
| ano |
| ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.12) |

11. Jak často jste během posledních 30 dnů užívali sedativa nebo tišící prostředky ?

| |
|--------------------------------|
| každý den nebo téměř každý den |
| několikrát týdně |
| nejméně jednou týdně |
| méně často než jednou týdně |

12. Když jste naposledy užili sedativa nebo tišící prostředky, jakým způsobem jste je získali ?

| |
|---|
| získal jsem je na lékařský předpis |
| sehnal jsem je od známého |
| koupil jsem je bez předpisu v lékárně nebo drogerii |
| sehnal jsem je nějakým jiným způsobem |

13. Znáte osobně někoho, kdo užívá hašiš nebo marihuanu ?

| |
|-----|
| ano |
| ne |

14. Užívali jste někdy sami hašiš nebo marihuanu ?

| |
|---|
| ano |
| ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.19) |

15. V jakém věku jste poprvé vyzkoušeli hašiš nebo marihuanu ?

| |
|--|
| |
|--|

16. Užili jste hašiš nebo marihuanu v průběhu posledních 12 měsíců ?

| |
|-----|
| ano |
| ne |

17. Užili jste hašiš nebo marihuanu v průběhu posledních 30 dnů ?

| |
|---|
| ano |
| ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.19) |

18. Jak často jste v průběhu posledních 30 dní užívali hašiš nebo marihuanu ?

| |
|--------------------------------|
| každý den nebo téměř každý den |
| několikrát týdně |
| nejméně jednou týdně |
| méně často než jednou týdně |

19. Znáte osobně někoho, kdo užívá extázi ?

| |
|-----|
| ano |
| ne |

20. Vyzkoušeli jste někdy extázi vy sami ?

| |
|-----|
| ano |
|-----|

ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.24)

21. Užili jste extázi v průběhu posledních 12 měsíců ?

ano

ne

22. Užili jste extázi v průběhu posledních 30 dnů ?

ano

ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.24)

23. Jak často jste v průběhu posledních 30 dní užívali extázi ?

každý den nebo téměř každý den

několikrát týdně

nejméně jednou týdně

méně často než jednou týdně

24. Znáte osobně někoho, kdo užívá amfetaminy ?

ano

ne

25. Vyzkoušeli jste někdy amfetaminy vy sami ?

ano

ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.29)

26. Užili jste amfetaminy v průběhu posledních 12 měsíců ?

ano

ne

27. Užili jste amfetaminy v průběhu posledních 30 dnů ?

ano

ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.29)

28. Jak často jste v průběhu posledních 30 dní užívali amfetaminy ?

každý den nebo téměř každý den

několikrát týdně

nejméně jednou týdně

méně často než jednou týdně

29. Znáte osobně někoho, kdo užívá kokain ?

ano

ne

30. Vyzkoušeli jste někdy kokain vy sami ?

ano

ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.34)

31. Užili jste kokain v průběhu posledních 12 měsíců ?

ano

ne

32. Užili jste kokain v průběhu posledních 30 dnů ?

ano

ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.34)

33. Jak často jste v průběhu posledních 30 dní užívali kokain ?

každý den nebo téměř každý den

několikrát týdně

nejméně jednou týdně

méně často než jednou týdně

34. Znáte osobně někoho, kdo užívá heroin ?

| |
|-----|
| ano |
| ne |

35. Vyzkoušeli jste někdy heroin vy sami ?

| |
|---|
| ano |
| ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.39) |

36. Užili jste heroin v průběhu posledních 12 měsíců ?

| |
|-----|
| ano |
| ne |

37. Užili jste heroin v průběhu posledních 30 dnů ?

| |
|---|
| ano |
| ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.39) |

38. Jak často jste v průběhu posledních 30 dní užívali heroin ?

| |
|--------------------------------|
| každý den nebo téměř každý den |
| několikrát týdně |
| nejméně jednou týdně |
| méně často než jednou týdně |

39. Znáte osobně někoho, kdo užívá relexin ?

| |
|-----|
| ano |
| ne |

40. Vyzkoušeli jste někdy relexin vy sami ?

| |
|---|
| ano |
| ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.44) |

41. Užili jste relexin v průběhu posledních 12 měsíců ?

| |
|-----|
| ano |
| ne |

42. Užili jste relexin v průběhu posledních 30 dnů ?

| |
|---|
| ano |
| ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.44) |

43. Jak často jste v průběhu posledních 30 dní užívali relexin ?

| |
|--------------------------------|
| každý den nebo téměř každý den |
| několikrát týdně |
| nejméně jednou týdně |
| méně často než jednou týdně |

44. Znáte osobně někoho, kdo užívá LSD ?

| |
|-----|
| ano |
| ne |

45. Vyzkoušeli jste někdy LSD vy sami ?

| |
|---|
| ano |
| ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.49) |

46. Užili jste LSD v průběhu posledních 12 měsíců ?

| |
|-----|
| ano |
| ne |

47. Užili jste LSD v průběhu posledních 30 dnů ?

| |
|---|
| ano |
| ne (v případě odpovědi NE přejděte k otázce č.49) |

48. Jak často jste v průběhu posledních 30 dní užívali LSD ?

| |
|--------------------------------|
| každý den nebo téměř každý den |
|--------------------------------|

| |
|-----------------------------|
| několikrát týdně |
| nejméně jednou týdně |
| méně často než jednou týdně |

49. Vnímáte drogově závislého člověka spíše jako nemocného člověka, nebo spíše jako někoho, kdo je v konfliktu se zákonem ?

| |
|---|
| spíše jako osobu, která je v konfliktu se zákonem |
| spíše jako nemocného člověka |
| ani jako nemocného člověka, ani jako někoho, kdo přestupuje zákon |
| jako nemocného člověka a zároveň jako narušitele zákona |
| nevím, nemohu se rozhodnout |

50. Do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícím výrokem: „Lidem by mělo být dovoleno užívat hašiš nebo marihuanu“ ?

| |
|--|
| naprosto souhlasím |
| převážně souhlasím |
| nemohu se s tímto výrokem ani ztotožnit, ani ho nemohu odmítnout |
| převážně nesouhlasím |
| zásadně nesouhlasím |

Instrukce : Jednotliví lidé různou měrou schvalují nebo neschvalují jednání ostatních. Zmíním se o jistých možných aktivitách, se kterými byste se mohli u některých lidí setkat. Rád(a) bych, kdybyste mi sdělili, zda takové byste takové jednání tolerovali, odmítali nebo zásadně odmítali, kdybyste se s ním setkali.

51. Vyzkoušet jednou nebo dvakrát extázi:

| |
|--------------------------|
| nic proti tomu nenamítám |
| neschvaluji |
| zásadně neschvaluji |
| nevím |

52. Kouřit deset nebo více cigaret denně:

| |
|--------------------------|
| nic proti tomu nenamítám |
| neschvaluji |
| zásadně neschvaluji |
| nevím |

53. Pít jeden nebo dva alkoholické nápoje několikrát týdně:

| |
|--------------------------|
| nic proti tomu nenamítám |
| neschvaluji |
| zásadně neschvaluji |
| nevím |

Odešli